

Johanna Savilampi & Minna Sumukari

## **PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄN ASIAKKAAN KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA**

# **PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄN ASIAKKAAN KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA**

Johanna Savilampi  
Minna Sumukari  
Tutkimus- ja kehittämistyö  
Kevät 2015  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja  
johtamisen koulutusohjelma  
Ylempi ammattikorkeakoulu  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi ammattikorkeakoulu

---

Tekijät: Johanna Savilampi & Minna Sumukari

Tutkimus- ja kehittämistyön nimi: Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista

Työn ohjaajat: TtT Yliopettaja Eija Niemelä & TtT Lehtori Maija Alahuhta

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2015

Sivumäärä: 59 + 2 liitettä

---

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö on osa JYVÄ - Julkisen ja yksityisen yhteistyö - vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveyspalveluiden arvoverkostoissa -hanketta. JYVÄ -hanke sisältyy Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa 2008 - 2015 -ohjelmaan. Tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena oli kuvailla paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia käyttämistään palveluista Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella sekä tuottaa käyttäjäprofiilit.

Tutkimus- ja kehittämistyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella toteutimme kaksi pienryhmätyöpajaa, joissa oli mukana yhteensä viisi paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävää asiakasta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin CoCo Kosmosta, joka on osallistava ja innovatiivinen kehittämisen apuväline. Aineiston analyysi toteutettiin deduktiivisesti tutkimustehtävien ohjatessa analyysia, jonka jälkeen edettiin induktiivisesti.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan palveluun hakeutumisen taustalla oli useita erilaisia syitä sekä palveluiden tarve oli monisyinen ja vaativa. Paljon palveluja käyttävälle asiakkaalle oli tärkeää tarjottavien palveluiden monipuolisuus, tavoitettavuus ja saanti toimivien verkostojen avulla sekä palvelujen henkilökohtaisuus. Palveluiden henkilökohtaisuutta tukee se, että paljon palveluja käyttävälle asiakkaalle on nimettynä oma ammattihenkilö, joka vastaa asiakkaan suunnitelmallisesta hoidosta.

Paljon palveluja käyttävä asiakas toi esille kokemuksensa pohjalta palveluihin liittyviä kehittämistarpeita. JYVÄ -hankkeen edetessä paljon palveluja käyttävän asiakkaan asiakaskokemusta sekä tuottamamme käyttäjäprofiileja pyritään hyödyntämään uusien palvelumallien kehittämisessä.

---

Asiasanat: asiakas, kokemus, sosiaalipalvelut, terveydenhuollon palvelut, asiakaslähtöisyys

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree programme in Development and Management of Health and Social Care

---

Authors: Johanna Savilampi & Minna Sumukari

Title of thesis: User experiences of the use of social and healthcare services among frequent attenders

Supervisors: Senior teacher TtT Eija Niemelä & Lecturer TtT Maija Alahuhta

Term and year of completion: Spring 2015      Number of pages: 59 + 2 appendices

---

This thesis is a part of a project named JYVÄ – short for Cooperation between official and private sector – effective approaches in value networks of social and healthcare services. The JYVÄ -project is included in the Tekes programme 2012–2015 “Innovations in social and healthcare services”. The thesis aims to describe how frequent attenders experience the social and healthcare services at Kallio Joint Municipal Authority for Social and Healthcare Services, and to develop user profiles.

Research for the thesis was accomplished as qualitative research. At the area of Kallio Joint Municipal Authority for Social and Healthcare Services we had two workshops for small groups with the total of five frequent attenders to social and healthcare services. Method for gathering the material was CoCo Kosmos, an inclusive and innovative development tool. Analysis of the material was carried out deductively with research task driving the analysis. Afterwards we proceeded inductively.

There were several different reasons behind the use of services among frequent attenders to social and healthcare services and the needs of the services were complex and demanding. For the frequent attenders it was important that the services provided were multifaceted, reachable and to be attended by functional networks and also that the services were personal. Personal services are supported by personal professional contact person for the frequent attenders who is responsible for the systematical care of the client.

The frequent attender brought up development needs related to the services based on one's experience. When the JYVÄ -project proceeds the frequent attenders experiences and the user profiles we developed will be applied for development of the new service models.

---

Keywords: client, experience, social services, healthcare services, client-oriented approach

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	ASIAKASLÄHTÖISYYS PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄN ASIAKKAAN PALVELUISSA .....	9
2.1	Paljon palveluja käyttävä asiakas .....	9
2.2	Terveysshyötymalli.....	10
2.3	Asiakaslähtöisyys .....	12
3	TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	15
4	TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN KUVAUS .....	16
4.1	Tutkimus- ja kehittämistyön tiedonantajat.....	16
4.2	Pienryhmätyöpaja ja CoCo Kosmos aineistonkeruumenetelmänä .....	18
4.3	Aineiston analyysi.....	22
4.4	Palvelumuotoilu kehittämisen menetelmänä .....	24
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	26
5.1	Asiakkaan käyttämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut .....	26
5.2	Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista .....	27
5.2.1	Palveluihin hakeutumisen syyt .....	28
5.2.2	Palveluiden tarve on monisyinen ja vaativa .....	30
5.2.3	Hyvin toimivat palvelut .....	31
5.2.4	Palveluiden kehittämistarpeet .....	33
6	KÄYTTÄJÄPROFIILIT JA NIIDEN MUOTOILU .....	39
7	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA .....	43
8	POHDINTA .....	47
8.1	Tutkimus- ja kehittämistyön eettiset kysymykset .....	47
8.2	Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus .....	48
8.3	Omat oppimiskokemukset tutkimus- ja kehittämistyöstä .....	52
8.4	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotoimenpide-ehdotukset .....	53
	LÄHTEET .....	55
	LIITTEET .....	60

# 1 JOHDANTO

JYVÄ -hanke pyrkii palveluinnovaatioiden kehittämiseen. Julkisten ja yksityisten toimijoiden välistä yhteistyötä ei ole hyödynnetty tarpeeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Julkisten ja yksityisten toimijoiden arvoverkostot eivät kohtaa tai ne palvelevat päällekkäin samoja asiakkaita. Tuotavuuden, laadun ja vaikuttavuuden lisäämiseksi tarvitaan julkisen ja yksityisen sektorin tiiviimpää yhteistyötä, joilla edistetään liiketoimintaa, tuotantoa ja rahoitusmalleja asiakaslähtöisissä arvoverkostoissa. JYVÄ -hankkeen avulla tunnistetaan uusia innovaation mahdollisuuksia, luodaan uutta liiketoimintaa sekä tehokkaampia ja vaikuttavampia sosiaali- ja terveyspalveluja. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion osahankkeessa on tavoitteena tunnistaa ja tyypittää suurkuluttaja -asiakkaita, tehdä suurkuluttaja -asiakkaiden kustannusanalyysi, tunnistaa uusia palvelumalleja sekä mahdollisesti implementoida uusia palvelumalleja. (Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2013, 3; Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2014, 2.) Tutkimus- ja kehittämistyö on osa JYVÄ -Julkisen ja yksityisen yhteistyö -vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveyspalveluiden arvoverkostoissa -hanketta. JYVÄ -hanke sisältyy Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa 2008 - 2015 ohjelmaan. JYVÄ -hanke toteutetaan aikavälillä 1.1.2014 - 31.12.2015. (JYVÄ 2015, viitattu 7.2.2015.)

JYVÄ -hankkeessa ovat mukana Aalto -yliopiston HEMA – tutkimusryhmä (terveydenhuollon tuotantotalous) ja muotoilun laitos (palvelumuotoilu), Oulun yliopiston kauppakorkeakoulu ja mikrorytityyden tutkimusryhmä, Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikkö sekä sosiaali- ja terveysalan innovatiivisimmat toimijat: Doctagon Oy, Megaklinikka Oy, Omasairaala Oy, Laastari Lähiklinikka Oy ja Oulu Centre for Health and Technology. Lisäksi mukana ovat Peruspalvelukuntayhtymä Kallio sekä Espoon ja Tampereen kaupunki. (Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2013, 3; Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2014, 2; JYVÄ 2015, viitattu 7.2.2015.)

Vuoden 2008 alussa toimintansa aloittanut Peruspalvelukuntayhtymä Kallio on yhteistoimintaorganisaatio, joka vastaa hyvinvointi- ja terveyspalveluista Alavieskan ja Sievin kunnissa sekä Nivalan ja Ylivieskan kaupungeissa Pohjois-Pohjanmaalla. Väkiluku alueella on noin 33 700 asukasta. Kuntayhtymän tehtäviin kuuluvat valtion kunnille lailla säätämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, johon luetaan mukaan varhaiskasvatuspalvelut ja ympäristöterveydenhuolto. Tehtävänä on

myös huolehtia alueen väestön erityistason sairaanhoidosta sekä hoitaa muut mahdolliset jäsenkuntien antamat tehtävät. (Kallio peruspalvelukuntayhtymä 2015, viitattu 6.5.2015.)

Tutkimus- ja kehittämistyön **tarkoituksena** oli kuvailla paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia käyttämistään palveluista Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella. Lisäksi Oulun ammattikorkeakoulun tutkijoiden tehtävänä oli kuvailla sosiaali- ja terveystalvelujen toimijoiden käsityksiä paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen käytöstä. (Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2014, 2-4.) Tutkimus- ja kehittämistyössä paljon palveluja käyttävällä asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka oli käyttänyt **sekä** sosiaali- **että** terveydenhuollon palveluja viimeisen vuoden aikana vähintään 10 kertaa. Mukaan ei otettu asiakkaita, jotka tarvitsivat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kroonisen sairauden (esimerkiksi diabeteksen) vuoksi, koska heidän hoitoonsa kuului säännölliset, useat kontrollikäynnit tarkoituksenmukaisen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

JYVÄ -hankkeessa oli pääosin määritelty tutkimus- ja kehittämistyön tutkimustehtävät, joiden mukaan tutkimus toteutettiin. Tutkimustehtävien avulla saimme vastauksen seuraaviin kysymyksiin: Mitä palveluja paljon palveluja käyttävä asiakas käytti? Millainen oli paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan oma käsitys palvelujen tarpeesta? Miten paljon palveluja käyttävä asiakas kuvasi hyvin toimivia palveluja sekä miten palveluja tulee kehittää paljon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta? Tutkimus- ja kehittämistyön aineistonkeruu tapahtui kahdessa pienryhmätöypajassa, jossa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin CoCo Kosmosta.

Tutkimus- ja kehittämistyön **tavoitteena** oli tuottaa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksellista tietoa JYVÄ -hankkeen käyttöön. Tämän tiedon avulla JYVÄ -hanke voi edesauttaa uusien palvelumallien syntymistä ja kehittää paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan saamia palveluja Peruspalvelukuntayhtymä Kalliassa. Tutkimus- ja kehittämistyön **tavoitteena** oli lisäksi tuottaa käyttäjäprofiilit paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista yhdessä JYVÄ:n eri osahankkeissa kerättyjen aineistojen kanssa. Tieto paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden profiileista on tärkeää oikeiden johtopäätösten ja hoitomallien tekemiseksi (Koskela 2008, 23). Tutkimus- ja ke-

hittämistyöllä haettiin lisäksi yhteiskunnallista merkittävyyttä ja kustannustehokkuutta paljon palveluja käyttävän asiakkaan palvelujen tuottamiseen. JYVÄ -hankkeen lopputuloksena luodaan kustannusvaikuttavia, asiakaslähtöisiä, yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuutta hyödyntäviä palvelumalleja, jotka kohdennetaan paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäville asiakkaille (Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2014, 5).



## **2 ASIAKASLÄHTÖISYYS PALJON PALVELUJA KÄYTTÄVÄN ASIAKKAAN PALVELUISSA**

### **2.1 Paljon palveluja käyttävä asiakas**

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastojen mukaan asiakas voi olla henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Asiakkaita ovat niin todelliset asiakkaat kuin mahdolliset palvelujen vastaanottajat eli potentiaaliset asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palveluntuottajan asiakaskunnan. Myös potilas on asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä asioivasta henkilöstä käytetään tässä tutkimus- ja kehittämistyössä nimitystä asiakas. Tällä nimityksellä halutaan korostaa palveluihin hakeutuvan ihmisen aktiivista roolia, omavastuuta ja valinnanvapautta sekä sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjä -keskeisyyttä. Vaikka henkilöllä on jokin paljon palveluja tarvitseva, pitkäaikainen sairaus, hyvän hoidon tukemana hän voi elää aktiivista, täysipainoista elämää, jolloin asiakas -termi on perusteltu. Yleisesti terveydenhuollon piirissä käytetty potilas -termi viittaa enemmän passiiviseen sairaan rooliin, jota tässä yhteydessä halutaan välttää. (Sanastokeskus TSK ry 2015, viitattu 6.4.2015; Muurinen & Mäntyranta 2008, 5.)

Paljon palveluja käyttävällä henkilöllä on useimmiten monia sairauksia, korkea ikä ja heikko sosiaalinen asema. Pitkäaikaissairaudet on tunnistettu merkittäviksi riskitekijöiksi terveystalvelujen käytön kasvulle. Pyrkimyksenä on löytää keinoja, joilla voitaisiin ehkäistä palvelujen suurkuluttajaksi ajautumista. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 3163.)

Kirjallisuudesta ei löydy mitään yksiselitteistä raja-arvoa käyntimäärästä, jonka ylityttyä terveystalveluiden käyttö muuttuu suurkäytöksi. Katkaisupisteenä käyntimäärien sijaan voidaan määritellä käyntimäärä, joka sijoittuu tutkimuksessa ikä- ja sukupuolivalikoidussa väestössä tiettyyn ylimpään prosentuaaliseen osuuteen. Ylin 10 % käyntimäärästä eli potilaista eniten lääkäriissä käynyt kymmenesosa on tavallisimmin käytetty katkaisupiste suurkäytölle. Terveystalveluiden paljon palveluja käyttäviksi asiakkaiksi voidaan määritellä asiakas, joka käy terveystalvelukeskuslääkärillä väestön keskimääräiseen käyntitiheyteen nähden usein. Pitkäaikaiseksi suurkäyttäjäksi voidaan puolestaan määritellä asiakas, jonka terveystalveluiden suurkäyttö on kroonistunut runsaaksi akuutin suurkäytön vaiheen jälkeen. (Koskela 2008, 24 - 25.)

Oulussa tehdyn Nordic Healthcare Groupin analyysi osoitti, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannukset kasautuivat pienelle osalle kuntalaisia. 10 % oululaisista kerrytti 81 % kokonaiskustannuksista. (Oulun kaupunki 2014, viitattu 19.5.2014.) Pakkalan mukaan (2013, viitattu 28.5.2014) neljännes turkulaisista aiheutti 70 % kustannuksista, joilla oli useita eri sairausdiagnooseja ja yli 20 terveydenhuollon kontaktia vuodessa. Holmberg-Marttilan, Jääskeläisen, Niskasen & Mattilan (2003, viitattu 28.5.2014) mukaan Tampereella vuosina 1999 - 2001 tehtyjen asiakaskyselyjen tuloksena palvelujen suurkäyttäjiksi luokiteltiin henkilöt, jotka olivat edeltäneen vuoden aikana käyneet terveyskeskuksessa enemmän kuin 10 kertaa.

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä paljon palveluja käyttävällä asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka oli käyttänyt **sekä** sosiaali- **että** terveydenhuollon palveluja viimeisen vuoden aikana vähintään 10 kertaa. Mukaan ei otettu asiakkaita, jotka tarvitsivat paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kroonisen sairauden (esimerkiksi diabeteksen) vuoksi. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä käytettiin pääasiallisesti käsitteitä **paljon palveluja käyttävä asiakas**, **asiakas** ja **tiedonantaja**.

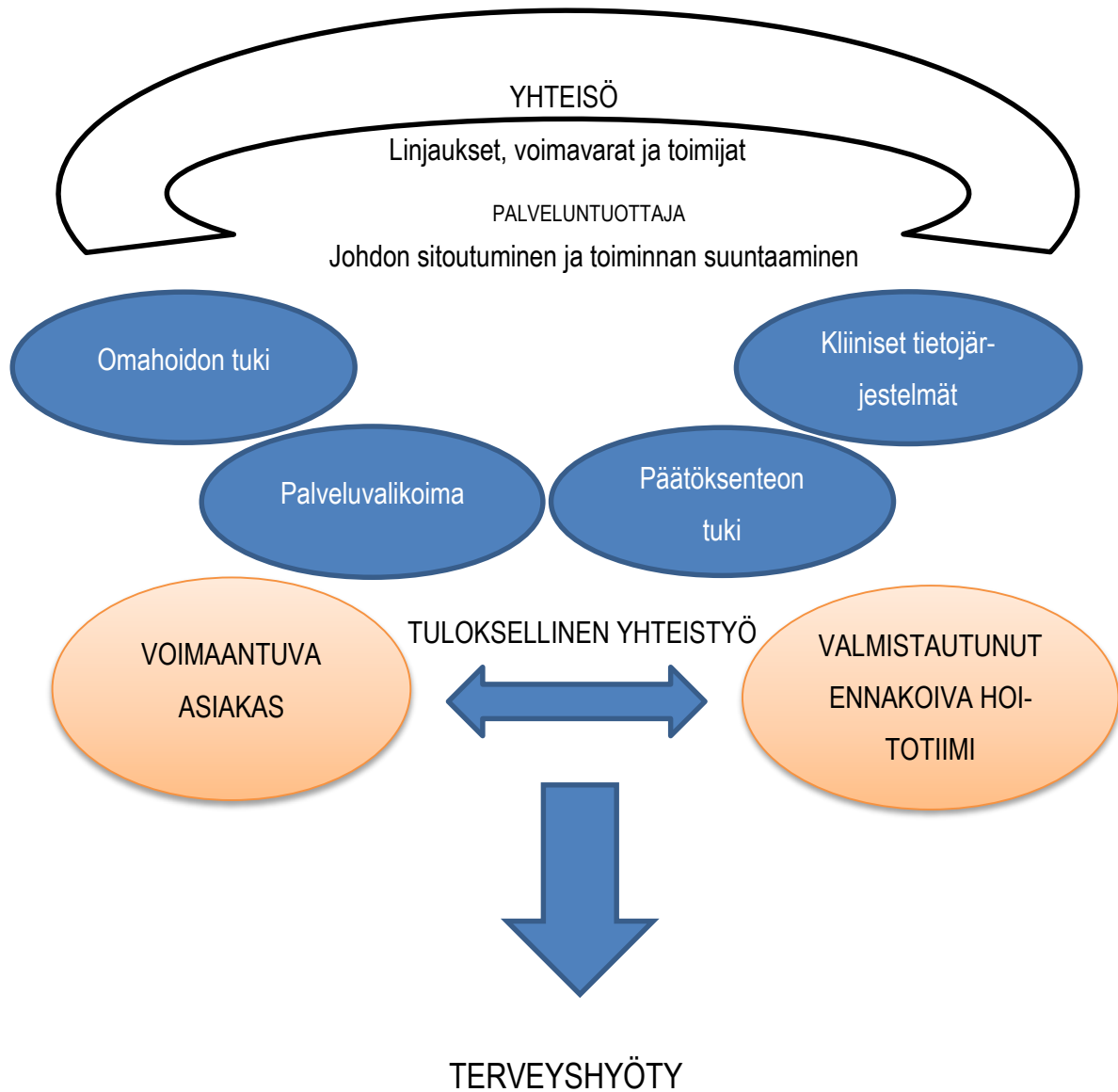
## 2.2 Terveysyhyötymalli

Terveysyhyötymallin eli Chronic Care Model:n (CCM) kehittäjä on amerikkalainen Edward H. Wagner kumppaneineen. Terveysyhyötymallin kehittämiseen vaikuttivat havainnot siitä, että perusterveydenhuolto ei enää pystynyt vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen luomaan haasteeseen. Terveysyhyötymallin kehittäjät huomasivat puutteita pitkäaikaissairauksien hoidon järjestämisessä. Havaitut puutteet ilmenivät siten, että kiireiset ammattilaiset eivät ehtineet ottamaan käyttöön hoitosuosituksia, hoidon koordinointi ja hoidon seuranta eivät toteutuneet eivätkä potilaat saaneet riittävästi tukea omahoitoon. (Potku2 2015, viitattu 5.4.2015.)

Kroonisten sairauksien hoidon laatua on pystytty kehittämään hyödyntämällä terveysyhyötymallia. Kuluneen vuosikymmenen aikana on maailmanlaajuisesti pyritty kehittämään terveydenhuollon organisaatioita terveysyhyötymallin mukaisesti. (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, viitattu 30.5.2014.)

Terveysyhyötymalli voidaan jakaa kuuteen elementtiin, joita ovat omahoidon tuki, päätöksenteon tuki, palveluvalikoima, kliiniset tietojärjestelmät, palveluntuottajan sitouttaminen ja toiminnan suunnittaminen sekä yhteistyö voimavaroja ja toimintalinjauksia hyödyntäen. Terveysyhyötymallissa on

merkittävää tuloksellinen vuorovaikutus voimaantuvan asiakkaan sekä valmistautuneen ja ennakkoivan hoitotiimin välillä (katso kuvio 1). (Barr, Robinson, Marin-Link, Underhill, Dotts, Ravensdale & Salivaras 2003, 74.)



KUVIO 1. Terveyshyötymalli mukaillen Wagner, Davis, Schaefer, Von Korff & Austin (1999, viitattu 7.5.2015)

Hoito-organisaatioissa on tärkeää huomioida oppimisen sekä keskinäisen kunnioituksen ja yhteisten tavoitteiden merkitys. Henkilökunnan välinen viestintä, vuorovaikutus sekä toimiva tiedonkulku vahvistavat hoitotiimien toimintaa ja näin edesauttavat terveyshyötymallin toimintaedellytyksiä. (Hitchcock, Lanham, Palmer, Leykum & Parchman 2013, viitattu 30.5.2014.)

Suomessa on useissa erilaisissa hankkeissa ja ohjelmissa hyödynnetty terveyshyötymallia. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti peruspalveluministeri Paula Risikon julkistamana syyskuussa 2008 Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman. Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelman keskeinen toimenpide oli pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn kehittäminen siten, että amerikkalaisesta Chronic Care Model:sta määritellään Suomen palvelujärjestelmään soveltuva terveyshyötymalli. Toimenpideohjelmassa terveyshyötymallia pidettiin merkittävänä, koska toimenpideohjelmassa keskityttiin terveyskeskuksen suurimpiin asiakasryhmiin sekä parannettiin hoidon saatavuutta ja laatua. Terveyshyötymallin avulla pyrittiin myös hillitsemään kustannusten kasvua. Toimenpideohjelmassa olivat tärkeitä asiakaskeksiset palvelukokonaisuudet sekä tarpeenmukaisen saatavuuden parantaminen. Pitkäaikaisten sairauksien hoidossa periaatteena oli siirtyä hajaute- tusta sairaus -keskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen, suunnitelmalliseen hoitoon. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 3-5.)

Yksi mahdollisuus kokonaisvaltaisen ja suunnitelmallisen hoidon toteuttamiseksi on paljon palve- luja käyttävien asiakkaiden hoidon toteutuksesta vastaavan ja hoitoa koordinoivan **case manager eli asiakasvastaava** -toiminnan mallintaminen. Asiakkaiden hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmälle aiheutuvien kustannusten kannalta on edelleen merkityksellistä, hoidetaanko pitkäaikaisesti sairast- ihmiset ennakoiden terveyskeskuksen avohoidossa tarvittaessa erikoissairaanhoitoa konsultoiden vai vastataanko heidän palvelutarpeeseen vasta ongelmien ilmaannuttua, mikä tarkoittaa käytän- nössä sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöä. Läkäreiden, pitkäaikaisia sairauksia sairastavien tai monisairaiden henkilöiden määrä tulee seuraavina vuosikymmeninä kasvamaan, jolloin terveys- keskuksessa tehtävällä suunnitelmallisella ja huolellisella sairauksien ennaltaehkäisyllä, hoidolla sekä kuntoutuksella pyritään pitämään ihmisten toimintakyky hyvänä. (Muurinen & Mäntyranta 2008, 5.)

## 2.3 Asiakaslähtöisyys

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pitkään pyritty asiakas- ja potilaskeskeisyyden kehittämiseen, mutta palvelujärjestelmä on edelleen hyvin organisaatiolähtöinen. Organisaatiot, ammattilaisen valta ja vastuu, potilas- ja asiakastietojärjestelmät, johdon raportointijärjestelmät ja kannustinraken- teet perustuvat erillisiin erikoistuneisiin alueisiin, mikä sopii huonosti asiakaslähtöiseen hoitokoko- naisuuksien hallintaan ja kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita uudistettaessa

tarvitaan asiakasryhmäkohtaista tietoa palvelujen käytöstä koko järjestelmän osalta. (Leskelä ym. 2013, 3163.)

Sosiaali- ja terveysterveyspalveluita tarjoavalla julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla on kullakin ollut erilaiset ja toisistaan erillään olevat lähestymistapansa asiakkuuteen. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen madaltaa kuitenkin eri sektorien välisiä raja-aitoja ja lähentää niitä toisiinsa. Asiakaslähtöisyyden kehittämistä tapahtuukin parhaillaan kaikilla kolmella eri sektorilla, mutta ne eivät useinkaan leviä sektorilta toiselle yhteistyön ja yhteisen asiakaslähtöisyyden näkemyksen puutteen takia. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, viitattu 28.5.2014.)

Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kannalta tavoitteena on yksinkertaistaa monimutkaisia ja sirpaleisia terveysterveyspalveluja sekä lisätä asiointin joustavuutta. Keskeistä on palveluiden tuottaminen mahdollisimman lähellä asiakkaita, heidän omassa elinympäristössään. Tavoitteena on sitouttaa eri palveluntuottajat kuten perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalityö sekä kolmas sektori toimimaan yhtenäisesti. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan hoitopolkua rakennetaan moniammatillisena ja organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. (Kanste, Timonen, Ylitalo & Leppälä 2009, viitattu 28.5.2014.)

Yksiselitteinen asiakkuus, asiakkuuden luonne ja rooli ovat muuttuneet. Sitä mukaan palvelujen tuotteistaminen, hinnoittelu ja kohdentaminen ovat myös muuttuneet. Hyvää tässä kehityksessä on ollut ennen kaikkea se, että asiakkaiden tietoisuus omista oikeuksistaan on kasvanut. Samalla on tullut todistetuksi asiakkaiden äänen merkitys palvelutuotannon suunnittelussa. (Stenvall & Virtanen 2012, 149.) Asiakaslähtöisessä palvelujen toteuttamisessa ja kehittämisessä asiakas pyritään näkemään enemmän aktiivisena toimijana kuin passiivisena toimenpiteiden kohteena. On myös alettu puhua kokemusasiantuntijoiden hyödyntämisestä palvelujen kehittämisessä. Kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemuksia ja tietoa palvelujen käytöstä. Ottamalla heidät entistä vahvemmin mukaan palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen varmistetaan asiakkaan äänen kuuluminen. (Kanula 2012, viitattu 28.5.2014.) Palveluiden kehittämisen yhteissuunnittelussa palvelujen käyttäjät osallistuvat kehittämistyöhön yhdessä palvelun tuottajien kanssa. Näin saadaan vietyä käyttäjätietoa palveluiden kehittämiseen ja saadaan käyttäjäpalautetta. (Miettinen 2011, 23.)

Palvelujärjestelmän kehittämisen muuttaminen asiakaslähtöiseksi onnistuu käytännössä vain, jos koko järjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti ja palveluja toisiinsa integroiden. On kehitettävä

asiakaslähtöisempiä, eri sektorien ja hallinnonalojen rajat ylittäviä palvelukokonaisuuksia. Tämä vaatii yhteisen näkemyksen syntymistä yksityiselle, julkiselle ja kolmannelle sektorille syvemmästä asiakas -ymmärryksestä (asiakkaiden tarpeista, kyvyistä ja ominaisuuksista) asiakaslähtöisyyden kehittämisen perustana. (Virtanen ym. 2011, viitattu 28.5.2014.)

### 3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimus- ja kehittämistyön **tarkoituksena** oli kuvailla paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia käyttämistään palveluista Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella. Tutkimus- ja kehittämistyön **tavoitteena** oli tuottaa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksellista tietoa JYVÄ -hankkeen käyttöön. Tutkimus- ja kehittämistyön **tavoitteena** oli lisäksi tuottaa käyttäjäprofiilit paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista. Tutkimus- ja kehittämistyöllä haettiin lisäksi yhteiskunnallista merkittävyyttä ja kustannustehokkuutta paljon palveluja käyttävän asiakkaan palvelujen tuottamiseen.

Tutkimus- ja kehittämistyön **tutkimustehtävät**:

1. Mitä palveluja paljon palveluja käyttävä asiakas käyttää?
2. Millainen on paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan oma käsitys palvelujen tarpeesta?
3. Miten paljon palveluja käyttävä asiakas kuvaa hyvin toimivia palveluja?
4. Miten palveluja tulee kehittää paljon palveluja käyttävän näkökulmasta?

## 4 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISTYÖN KUVAUS

Tutkimus- ja kehittämistyössä tarkastelimme ihmisten kokemusmaailmaa kokonaisvaltaisesti, joten toteutimme tutkimus- ja kehittämistyön kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Hirsjärven & Remeksen & Sajavaaran (2010, 161) mukaan lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 73) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat mm. pehmeys, joustavuus, subjektiivisuus, strukturoimattomuus, rikkaus ja syvyys. Lisäksi teorian luominen, kokonaisvaltaisuus, ihmisen toimiminen tiedonkeruun välineenä, joustavuus tutkimussuunnitelman laatimisessa sekä tulosten ainutlaatuisuus kuvaavat kvalitatiivista tutkimusta.

Laadullista tutkimusta voidaan luonnehtia myös prosessiksi, jossa aineistonkeruun välineenä toimii tutkija itse. Tutkimusprosessin edetessä aineistoon liittyvät näkökulmat sekä tulokset kehittyvät vähitellen tutkijan tietoisuudessa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan pyrkimyksenä on tavoittaa tutkittavien näkemys tutkittavana olevasta ilmiöstä tai ymmärtää ihmisen toimintaa tietyssä ympäristössä. (Kiviniemi 2001, 68.)

Kvalitatiivisilla tutkimuksilla voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei tiedetä vielä juuri mitään. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma tai epäillä teorian tai käsitteen merkitystä, tutkimustuloksia, vakiintunutta tai aiemmin käytettyä metodiikkaa. Toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimusotteessa, kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Näin ollen myöskään otos ei ole satunnainen, vaan harkinnanvarainen. Otokseen pyritään saamaan henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66 - 67.)

### 4.1 Tutkimus- ja kehittämistyön tiedonantajat

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt valitsivat sopivia tiedonantajia tutkimus- ja kehittämistyöhön annettujen kriteerien perusteella. Sopivia tiedonantajia



olivat henkilöt, jotka olivat käyttäneet sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja vähintään kymmenen kertaa viimeisen vuoden aikana. Tutkimuksessa ei otettu huomioon henkilöitä, jotka tarvitsivat paljon sosiaali- ja terveystalvaeluja kroonisen sairautensa (esimerkiksi diabetes) vuoksi. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäviä asiakkaita pyydettiin mukaan tutkimus- ja kehittämistyöhön hoitokäyntien yhteydessä sekä puhelimitse ammattihenkilöiden toimesta. Tiedonantajien luvalla saimme lisäksi olla heihin yhteydessä puhelimella, jolloin saimme ensimmäisen kontaktin heihin.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden osallistumishalukkuuteen saattoi vaikuttaa se, millä tavoin ensimmäinen viesti osallistumisesta annettiin. Viestin saaminen tutun ammattihenkilön kautta, saattoi myös vaikuttaa positiivisesti osallistumishalukkuuteen. Eskola & Vastamäen (2010, 39 - 40) mukaan hyväksi koetun työntekijän esittämään tutkimuksen osallistumispyyntöön suostutaan helpommin kuin työntekijän, joka on tehnyt enemmän epämiellyttäviä päätöksiä.

Tutkimus- ja kehittämistyön tiedonantajien tavoittaminen ja heidän saaminen mukaan tutkimukseen osoittautui erittäin haasteelliseksi tehtäväksi, mistä johtuen pienryhmätyöpajoihin osallistuvien määrä jäi odotettua vähäisemmäksi. Tiedossamme ei ole sitä, kuinka moneen mahdolliseen tiedonantajaan ammattihenkilöt olivat yhteydessä ja kuinka moni heistä kieltäytyi osallistumasta ja mikä oli kieltäytymisen syy. Tavoitteena oli, että pienryhmätyöpajoihin saadaan mukaan yhteensä 16 tiedonantajaa. Useiden yritysten lopputuloksena oli se, että meille osoitettiin yhteensä viisi tiedonantajaa. Tiedonantajat olivat iältään 26 - 66 -vuotiaita, joista neljä oli naisia ja yksi mies.

Annoimme toistuvasti lisää aikaa ammattihenkilöille uusien tiedonantajien tavoittamiseen. Lopulta totesimme, että lisääjän antaminen ei vaikuttanut uusien tiedonantajien saamiseen, joten sovimme takarajan tiedonantajien tavoittamiselle, jotta pystyimme saattamaan tutkimus- ja kehittämistyön loppuun suunniteltuna ajankohtana.

Kaksi tiedonantajaa sai lisätietoja tutkimus- ja kehittämistyöstä puhelimitse ja osa tiedonantajista sai informaatiokirjeen (LIITE 1) sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä ennen pienryhmätyöpajatyöskentelyä. Informaatiokirje sisälsi tietoa JYVÄ- hankkeesta sekä tutkimus- ja kehittämistyön taustasta, tarkoituksesta sekä tavoitteista. Informaatiokirjeestä ilmeni, että hankkeen aikana syntyy aiheeseen liittyviä tieteellisiä julkaisuja, opinnäytetöitä sekä lehtikirjoituksia. Tiedonantajilla

oli mahdollisuus saada lisätietoja tutkimukseen liittyvistä asioista informaatiokirjeessä osoitetuilta henkilöiltä.

Laadimme suostumusasiakirjan (LIITE 2) JYVÄ -tutkimushankkeeseen osallistumista varten, jonka jaoimme tiedonantajille ennen pienryhmätyöpaja -työskentelyn aloittamista. Kävimme läpi suostumusasiakirjan sisällön tiedonantajien kanssa, jolloin varmistuimme, että tiedonantajat olivat tietoisia asioista. Clarkeburn & Mustajoen (2007, 67) mukaan tutkimukseen suostuminen vaatii yleensä sopimuksen, jonka tutkimukseen osallistuva allekirjoittaa.

## **4.2 Pienryhmätyöpaja ja CoCo Kosmos aineistonkeruumenetelmä**

Tutkimus- ja kehittämistyön tutkimusaineisto kerättiin kahdessa pienryhmätyöpajassa Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Suunnittelimme ja järjestimme yhteensä neljä pienryhmätyöpajaa, joista kahteen ei saapunut yhtään osallistujaa. Ensimmäisessä pienryhmätyöpajassa oli kolme osallistujaa ja ajallisesti työpaja kesti n. 3h 20min. Toisen pienryhmätyöpajan kesto oli n. 1h 40min ja osallistujia saapui kaksi.

Ensimmäisessä pienryhmätyöpajassa käytimme tallentamiseen sekä videokameraa että nauhureita. Tulimme kuitenkin siihen lopputulokseen, että videokameran tallenteella ei ole merkitystä tutkimusaineiston analyysin kannalta. Sen vuoksi seuraavassa pienryhmätyöpajassa käytimme tallentamiseen ainoastaan kahta nauhuria. Molemmissa pienryhmätyöpajoissa otimme valokuvia työskentelyn aikana sekä lopuksi kuvasimme CoCo Kosmos – alustaan syntyneen tuotoksen. Ottaen huomioon valokuvista ei pystynyt tunnistamaan tiedonantajien henkilöllisyyttä, koska valokuvissa ei näkynyt kasvoja. Kerroimme tutkimukseen osallistuville, että työpajassa syntyneet tallenteet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Molemmissa pienryhmätyöpajoissa nauhoitetut ja kuvatut tallenteet olivat hyvälaatuisia (katso kuva 1).



KUVA 1. Työskentelyä pienryhmätyöpajassa

Pienryhmätyöpajoissa käytimme työkaluna CoCo Kosmosta (katso kuva 2 ja kuva 3). CoCo Kosmoksen avulla pyrimme kuvaamaan paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sekä luomaan innovatiivisia mahdollisuuksia kehittää palveluja. Ruohion (2014, viitattu 19.4.2014) mukaan CoCo Kosmos on visuaalinen suunnittelutyökalu, jota voidaan käyttää asiakaspalautteen keräämiseen, sekä palvelun mallintamiseen. CoCo Kosmos sisältää alustan ja kortit toimijoille, toiminnoille sekä paikoille, jotka mahdollistavat palvelun kuvaamisen eri näkökulmista.



KUVA 2. CoCo Kosmos -alusta



KUVA 3. Coco Kosmoksen kortit

Ennen pienryhmätyöpajoja harjoittelimme CoCo Kosmoksen käyttämistä yliopettaja Kirsi Koivusen ohjaamana. Saimme CoCo Kosmoksen käyttöömmme hyvissä ajoin ennen pienryhmätyöpajojen ajankohtaa, jolloin saimme mahdollisuuden tutustua syvemmin työkalun käyttämiseen. CoCo Kosmos oli molemmille tutkijoille uusi työkalu, joten harjoittelun tarkoituksena oli antaa käytännön kokemusta ja varmuutta myöhempisiin pienryhmätyöpajoihin. Päädyimme siihen, että harjoittelemme CoCo Kosmoksen käyttämistä pilottityöpajassa. Pilotoinnin tarkoituksena oli tutustua uuteen aineistonkeruumenetelmään sekä antaa varmuutta myöhempisiin pienryhmätyöpajoihin. Ammattihenkilöiden yrityksistä huolimatta emme saaneet yhtään osallistujaa pilottityöpajaan, joten jouduimme perumaan pilottityöpajan. Tästä syystä harjoittelimme CoCo Kosmoksen käyttöä kahden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa Oulussa. Harjoittelusta saimme käytännön kokemusta CoCo Kosmoksen käytöstä, joka oli erittäin tärkeää. Harjoittelun seurauksena totesimme, että pienryhmätyöpajassa tiedonantajien määrä voi olla enintään neljä henkilöä, jolloin tilanne on helpompi hallita. Alunperin suunnittelimme, että neljä tiedonantajaa ja meidät fasilitaattoreina jaetaan kahteen ryhmään. Harjoiteltuamme CoCo Kosmoksen käyttöä totesimme kuitenkin, että tiedonantajien ja meidän molempien tuli olla samassa ryhmässä. Meidän molempien samanaikainen läsnäolo pienryhmätyöpajassa takasi sen, että kuulimme, näimme ja havaitsimme samat asiat ja näin välttyimme virhetulkinnoilta.

Pienryhmätyöpajassa ohjasimme osallistujia CoCo Kosmoksen käyttöön sekä kerroimme menetelmän osallistuvasta ja visuaalisesta luonteesta. Pienryhmätyöskentelyn aikana ohjasimme osallistujia kysymyksillä, joiden tarkoituksena oli saada vastauksia tutkimustehtäviin. Pienryhmätyöpajat toteutettiin Peruspalvelukuntayhtymä Kallion terveyskeskusten neuvottelutiloissa.

Tutkimus- ja kehittämistyössä rinnastamme pienryhmätyöpaja -työskentelyn ryhmäkeskusteluun sekä ryhmähaastatteluun tiedonkeruumenetelmänä. Vuorelan (2005, viitattu 8.6.2014) mukaan ryhmähaastattelun ryhmäkooksi suositellaan 6–8 henkilöä haastattelutilannetta kohden. Ryhmän jäsenet ovat yksilöitä, joilla on erilaista tietotaitoa, erilaisia arvoja, ihanteita, ajatuksia sekä kokemuksia. Ryhmässä luonteeltaan ujo henkilö ei välttämättä osallistu mielellään keskusteluun, jolloin haastattelija pyrkii saamaan osapuolet puhumaan tasapuolisesti. Ryhmähaastattelussa käytetään hyväksi ryhmädynamiikkaa eli ihmisten vaikutusta toisiinsa haastattelutilanteessa. Ryhmähaastattelun etuna yksilöhaastatteluun verrattaessa pidetään nopeampaa tiedon saantia useammalta henkilöltä. Lisäksi keskustelu voi olla runsaampaa kuin yksilöhaastattelussa.

Tutkimus- ja kehittämistyön pienryhmätyöpajoissa ei ollut tarkasti määriteltyjä teemoja, vaan keskusteltavat ja tutkittavat aiheet nousivat tiedonantajien kertomista kokemuksista. Taustalla fasilitaattoreilla oli tutkimus- ja kehittämistyön tutkimustehtävät, joihin keskustelua ohjattiin. Ruusuvuoren & Tiittulan (2005, 223 - 224) mukaan ryhmäkeskustelussa on keskeistä ryhmän vetäjän eli fasilitaattorin rooli ja läsnäolo. Fasilitaattorin pääasiallinen tehtävä on virittää lämminhenkinen ilmapiiri, ohjata keskustelua ja rohkaista sekä kannustaa osallistujia keskustelemaan keskenään aiheesta. Fasilitaattori ohjaa osallistujia keskustelemaan ja kommentoimaan tutkimuksen kohteena olevien teemojen mukaan.

### **4.3 Aineiston analyysi**

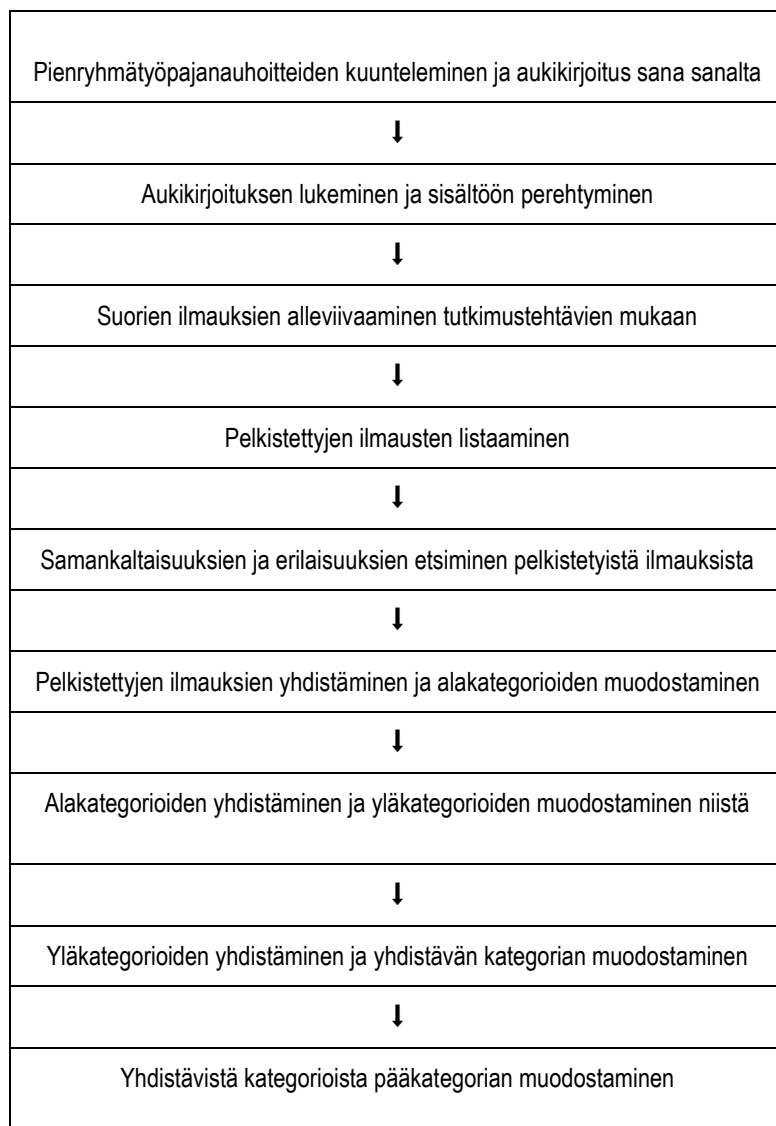
Pienryhmätyöpajoissa nauhoitetut keskustelut sekä valokuvatut CoCo Kosmos -alustat muodostivat yhdessä tutkimus- ja kehittämistyön tutkimusaineiston, joka analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysia. Tutkimus- ja kehittämistyön litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 115 A4 -sivua. Aineiston analyysi toteutettiin deduktiivisesti tutkimustehtävien ohjatessa analyysia, jonka jälkeen edettiin induktiivisesti. Tuomi & Sarajärven mukaan (2004, 99) tutkijoiden ajatteluprosessissa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit teoriat, joita tutkijat yhdistelevät. Näin analyysia ohjaa abduktiivinen päättely.

Tutkimus- ja kehittämistyön ydinasia on aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Aineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian aineistonkeruun jälkeen, jolloin aineisto vielä inspiroi tutkijaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 221, 223 - 224.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi edellyttää aina alkutyöskentelyä. Aineiston analyysi aloitetaan litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhoitteiden materiaali tekstiksi. Nauhoitettu materiaali kirjoitetaan auki sanasta sanaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään muun muassa koodausta. Koodaus on sisällöltään kategorisointia, teemojen valintaa ja nimeämistä sekä kuvailevien, tulkitsevien ja selittävien koodien laatimista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163 - 164.)

Teorialähtöisen tutkimuksen aineiston analyysi perustuu jo olemassa olevaan teoriaan tai malliin. Tutkimusaineiston analyysia ohjaa valmis malli ja tarkoituksena on tämän mallin tai teorian testaaminen uudessa yhteydessä. Teorialähtöisessä eli deduktiivisessä analyysitavassa edetään yleisestä yksittäiseen suuntaan. Induktiivinen lähestymistapa eli yksittäisestä yleiseen ei ole pelkäs-

tään mahdollista, koska se perustuu pelkkiin havaintojen kuvaamiseen ilman minkäänlaisia ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Absoluuttisesti aineistolähtöistä tutkimusta on vaikea toteuttaa siksi, että havainnot ovat teoriapitoisia. Ei ole olemassa objektiivisia havaintoja sinällään, sillä esimerkiksi käytetyt käsitteet ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 97 - 99.)

Analyysin tekninen vaihe lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Ensin aineistosta tarkastellaan tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä ja tunnistetaan aineistosta asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Kategorioiden muodostaminen on analyysin kriittisin vaihe, sillä tutkijat päättävät tulkintansa mukaan, millä perusteella eri ilmaisut kuuluvat samaan tai eri kategoriaan. Analyysi etenee yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan vastaavasti niiden sisältöä kuvaavat nimet. Lopulta kaikki yläkategoriat yhdistyy yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden sekä pääkategorian avulla vastataan tutkimustehtäviin (katso kuvio 2). (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.)



KUVIO 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisen vaiheet mukailen Kyngäs & Vanhanen (1999, 5-7)

#### 4.4 Palvelumuotoilu kehittämisen menetelmänä

Tutkimus- ja kehittämistyössä käytimme palvelumuotoilun keinoina pienryhmätyöpaja – työskentelyä ja CoCo Kosmosta, joiden avulla hankimme asiakasymmärrystä ja käyttäjätietoa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävästä asiakkaasta. Miettisen, Raulon & Ruuskan (2001, 13) mukaan palvelumuotoilussa puhutaan asiakkaista, asiakasymmärryksestä, käyttäjistä ja käyttäjätiedosta. Palvelumuotoilun kautta asiakkaan rooli on muuttunut palvelun vastaanottajasta aktiivi-



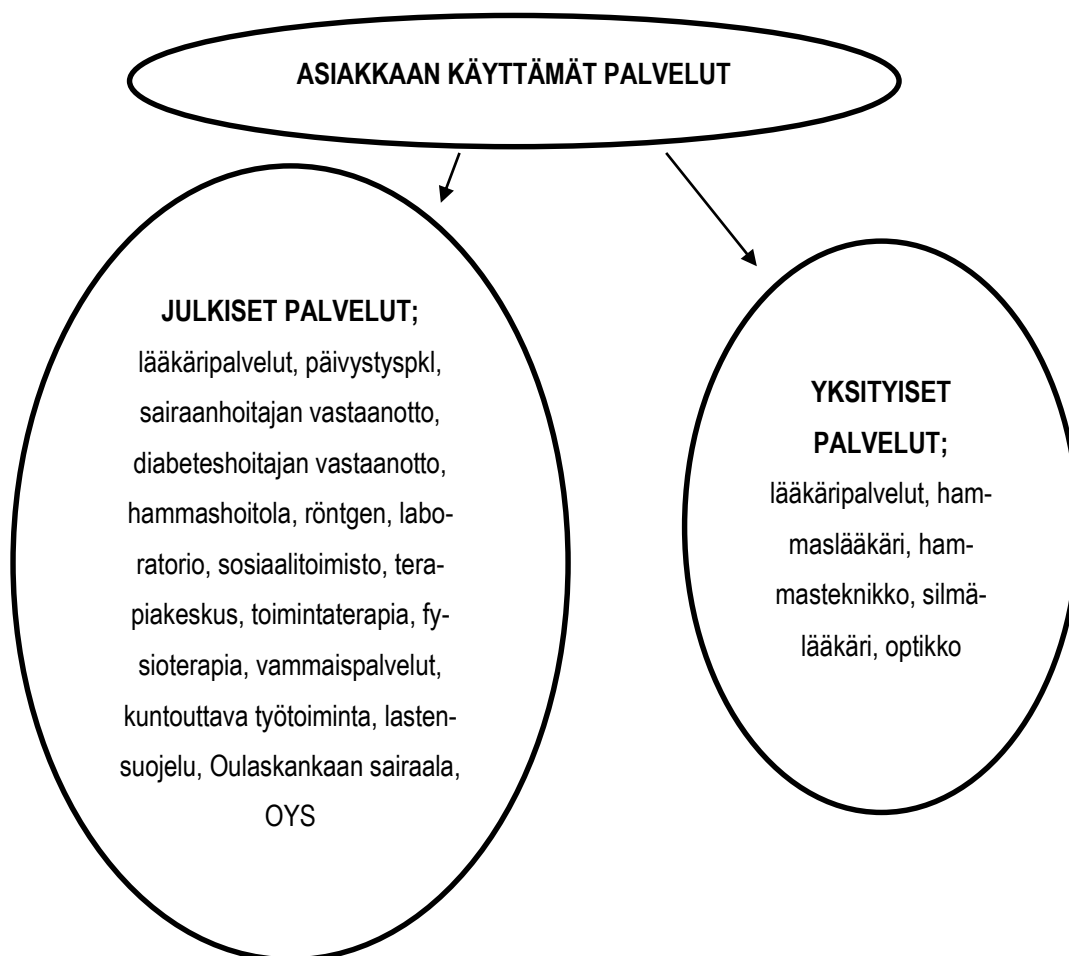
semman käyttäjän rooliin. Palvelumuotoilun lähtökohtana on inhimillisen toiminnan, tarpeiden, tunteiden ja motiivien kokonaisvaltainen ymmärrys. Asiakasymmärryksen kautta voidaan tuottaa uusia palveluinnovaatioita. Hämäläisen, Vilkan & Miettisen (2011, 64) mukaan innovatiiviset menetelmät ovat tehokkaita keinoja kerätä käyttäjätietoa luovien menetelmien välityksellä, joille tyypillisiä ominaisuuksia ovat visuaalisuus sekä osallistuva luonne. Ruohion (2014, viitattu 19.4.2014) mukaan CoCo Kosmos on osallistava ja innovatiivinen kehittämisen apuväline.

Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemukset välittyivät analyysityöpajaan tutkimustulosten kautta. Analyysityöpajaan osallistui asiantuntijoita ja tutkijoita eri organisaatioista. Analyysityöpajassa käytettiin palvelumuotoiluun kuuluvaa yhteissuunnittelua, jossa aloitettiin käyttäjäprofiilien muotoilu. Tarkempi kuvaus käyttäjäprofiilien muotoilusta ja käyttäjäprofileista käsitellään luvussa kuusi. Vaajakallion & Mettelmäen (2011, 79 - 80) mukaan yhteissuunnittelulla tarkoitetaan lähestymistapaa, joka tarjoaa menetelmiä ja työkaluja monialaisen suunnittelun ja palveluideoinnin tarpeisiin. Yhteissuunnittelun vahvuutena voidaan pitää asioiden käsittelyä eri näkökulmista. Tällä tavoin voi tulla esille uusia suunnittelumahdollisuuksia, ongelmia ja ratkaisuja, jotka eivät olisi muuten tulleet esille. Yhteissuunnittelun tarkoituksena on tuoda käyttäjät, suunnittelijat ja palvelutarjoajat yhteen pohtimaan, millaisia tulevaisuuden palvelut olisivat tai miten ja missä ihmiset haluaisivat käyttää palveluja.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Asiakkaan käyttämät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas turvautui useaan saatavilla olevaan palveluun (katso kuvio 3). Asiakas käytti terveyskeskuksessa lääkäri- ja päivystyspoliklinikan palveluita. Lisäksi asiakas käytti sairaanhoitajan ja diabeteshoitajan vastaanottoja sekä hammashoitola, röntgeniä ja laboratoriota. Osa asiakkaista oli sosiaalitoimiston, lastensuojelun, terapiakeskuksen, toimintaterapian ja fysioterapian asiakkuus. Vammaispalvelu ja kuntouttava työtoiminta kuuluivat myös käytettyjen palveluiden joukkoon. Asiakas käytti lisäksi Oulaskankaan sairaalan ja OYS:n palveluja. Asiakkaalla oli kokemusta yksityisten lääkäripalveluiden käytöstä. Hammaslääkäri ja hammasmekanikko olivat osalle asiakkaista käytettyjä palveluja. Yksityisiä palveluja käytettiin myös silmäsairauksien hoitamiseen silmälääkärin ja optikon palveluiden muodossa.



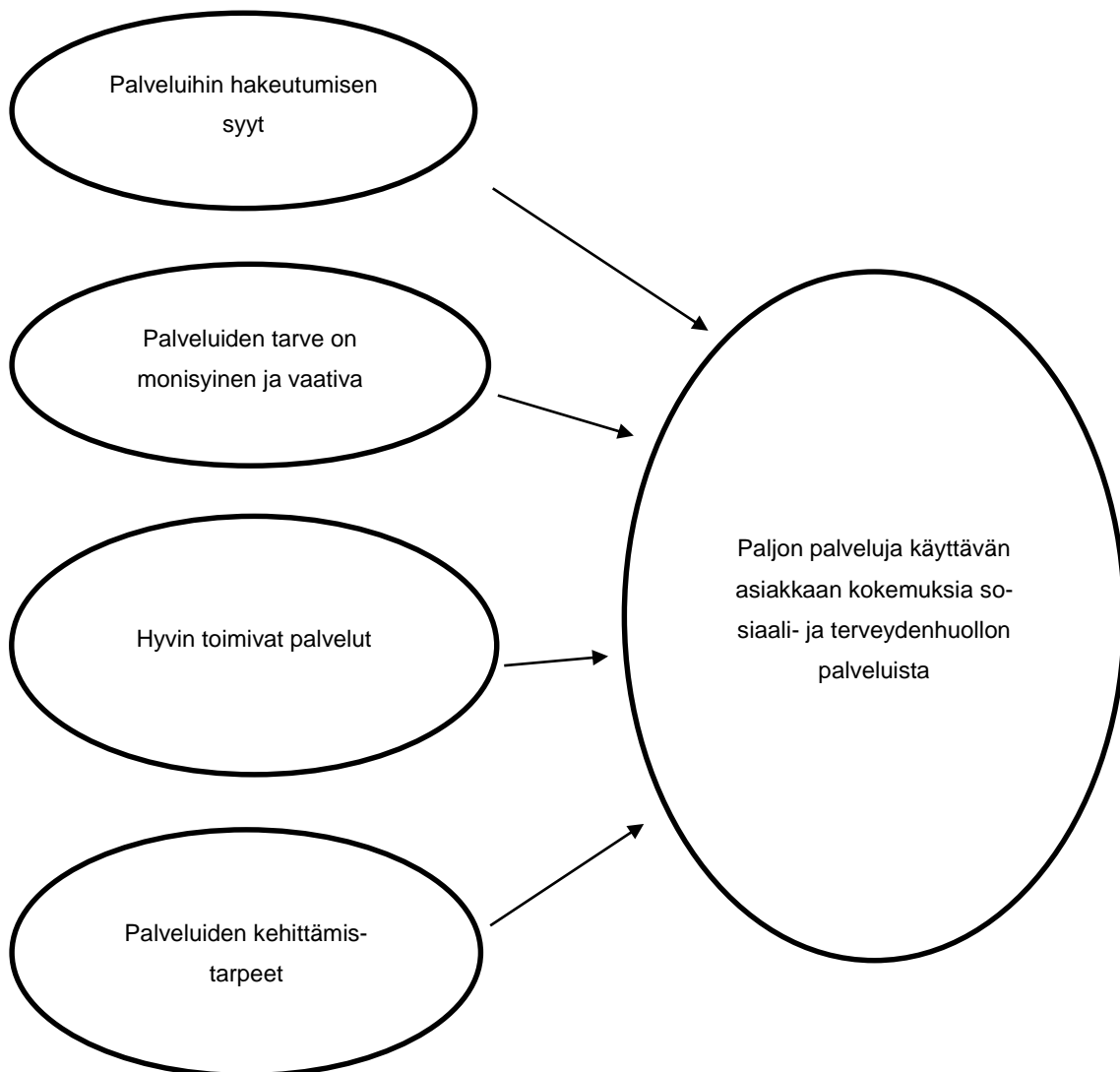
KUVIO 3. Asiakkaan käyttämät palvelut

## 5.2 Paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista

Tutkimus- ja kehittämistyön aineiston analyysin tuloksena syntyi neljä yläkategoriaa. Yläkategoriaksi muodostui palveluihin hakeutumisen syyt, palveluiden tarve on monisyinen ja vaativa, hyvin toimivat palvelut sekä palveluiden kehittämistarpeet paljon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta. Yhdistäväksi pääkategoriaksi syntyi paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (katso kuvio 4).

### YHDISTÄVÄ KATEGORIA

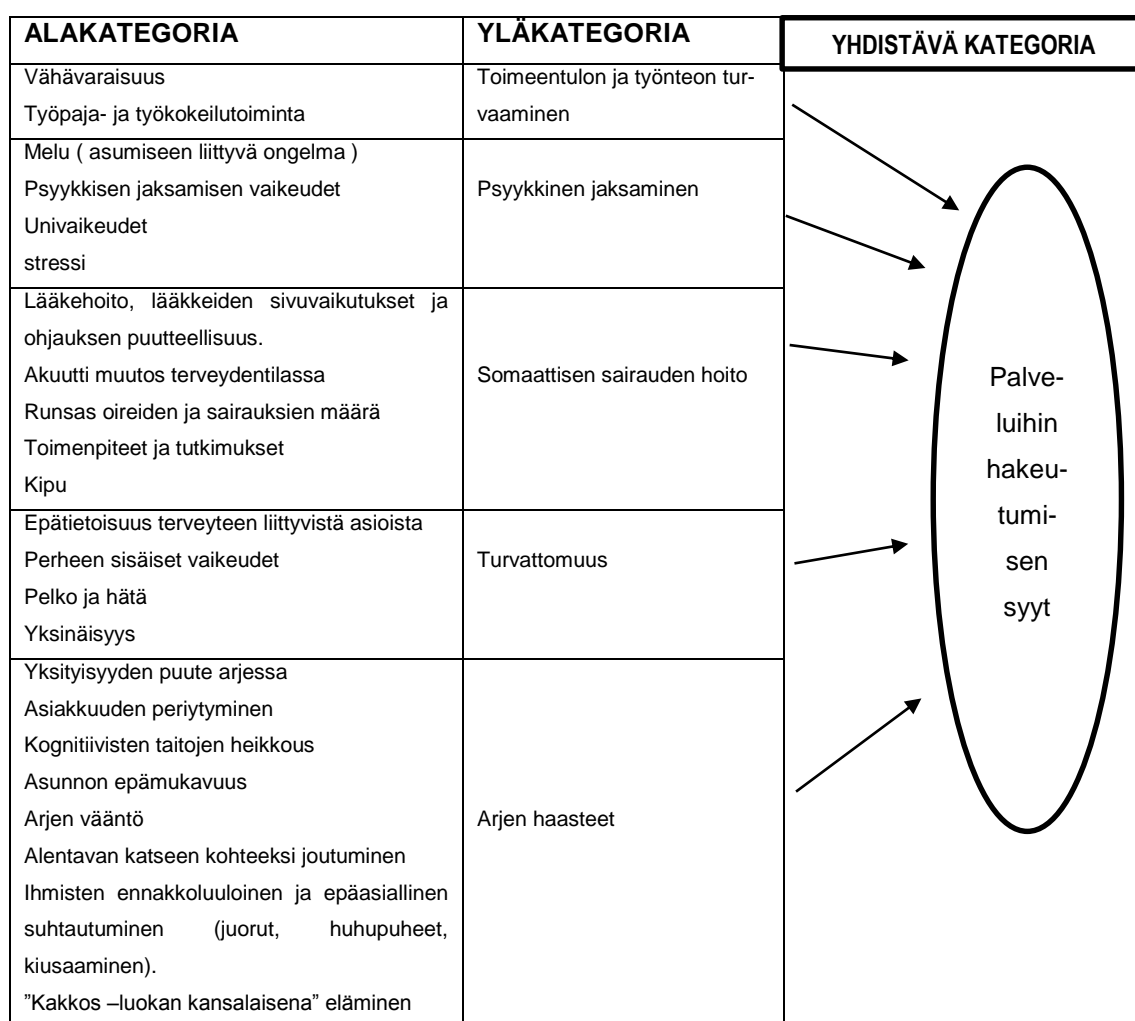
### PÄÄKATEGORIA



KUVIO 4. Yhdistävät kategoriat ja pääkategoria

## 5.2.1 Palveluihin hakeutumisen syyt

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävällä asiakkaalla oli useita syitä hakeutua palveluihin (katso kuvio 5). Osa asiakkaista hakeutui vähävaraisuudesta johtuen palveluiden piiriin turvatakseen toimeentulon. Työnteko mahdollistui osalla asiakkaista työpajatoiminnan tai työkokeilun kautta. Osalla paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista oli asumiseen liittyviä ongelmia kuten jatkuvaa melua, joka aiheutti muun muassa unettomuutta, stressiä sekä psyykkisen jaksaminen vaikeutta.



KUVIO 5. Palveluihin hakeutumisen syyt

*“Joskus ollut niin tiukka paikka, että ei oo ollut rahhaa.”*

*“Et nuku yöllä, et nuku päivällä, et voi sairastaakkaan.”*

*“Melun takia mää sairastan koko ajan.”*

Asiakkaalla ilmeni runsaasti somaattisia oireita ja sairauksia, joiden tutkiminen ja hoitaminen olivat usein syynä hakeutua palveluihin. Lääkehoito, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä lääkehoidon ohjauksen puutteellisuus olivat myös syynä hakeutua palveluihin. Erilaiset kiputilat sekä epätietoisuus omaan terveyteen liittyvissä asioissa sekä akuutti muutos terveydentilassa olivat hyvin yleisiä palveluihin hakeutumisen syitä. Pelko, hätä, yksinäisyys ja turvattomuus olivat yleisiä asiakkaan kokemia tuntemuksia. Osa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista joutui elämään juorujen ja huhupuheiden kohteena, joiden perusteella heidän perhe-elämään liitettiin epäilyjä parisuhdeväkivallasta. Osalla asiakkaista oli lisäksi kokemuksia kiusaamisen kohteeksi joutumisesta.

*“Hirveetä hommaa, aivan riskillä tämä elämä.”*

*“Se on kauheata, jos illalla sairastut vakavasti. Saa pelätä henkensä puolesta.”*

*“Väsyttää ja on niinkö veto pois ja mitä kaikkea. Hirviästi niitä oireita.”*

*“Pelko vaan kasvaa ja ryöstäytyy käsistä.”*

Asiakkaan arkeen heijastui pärjäämisen epävarmuus. Arki koettiin erittäin haastavaksi, johon liittyi useita ongelmia eri osa-alueilla. Arkea kuvattiin jatkuvaksi väännöksi, joka vaati lujaa tahtoa ja sinnikkyyttä sekä jatkuvaa omien puolien pitämistä asioista selviytyäkseen. Osalla asiakkaista oli taustalla kognitiivisten taitojen heikkoutta perhepiirissä tai suvussa esiintyviä samankaltaisia arjen haasteita.

*“Jos et pidä omia puolias, niin kuka sitte pitää.”*

*“Jotenkin niin epävarmaa. Ei huolehita ja ei oteta yhtään huomioon.”*

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas joutui usein alentavien katseiden kohteeksi niin ammattihenkilöiden kuin muiden kuntalaisten toimesta. Asiakkaaseen suhtauduttiin epäasiallisesti ja ennakkoluuloisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden eri vastaanottopisteissä havaittiin yksityisyyden puutetta, jolloin asiakas koki, ettei voinut kertoa ammattihenkilöille asioistaan toisten ihmisten niitä kuulematta. Alentavien katseiden sekä epäasiallisen kohtelun kohteeksi joutuminen johtivat siihen, että paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki olevansa “kakkos -luokan kansalainen”.

*“Negatiivista jotenki se kohtaaminen.”*

*“Kyllä sitä tuntee olevansa toisen luokan kansalainen.”*

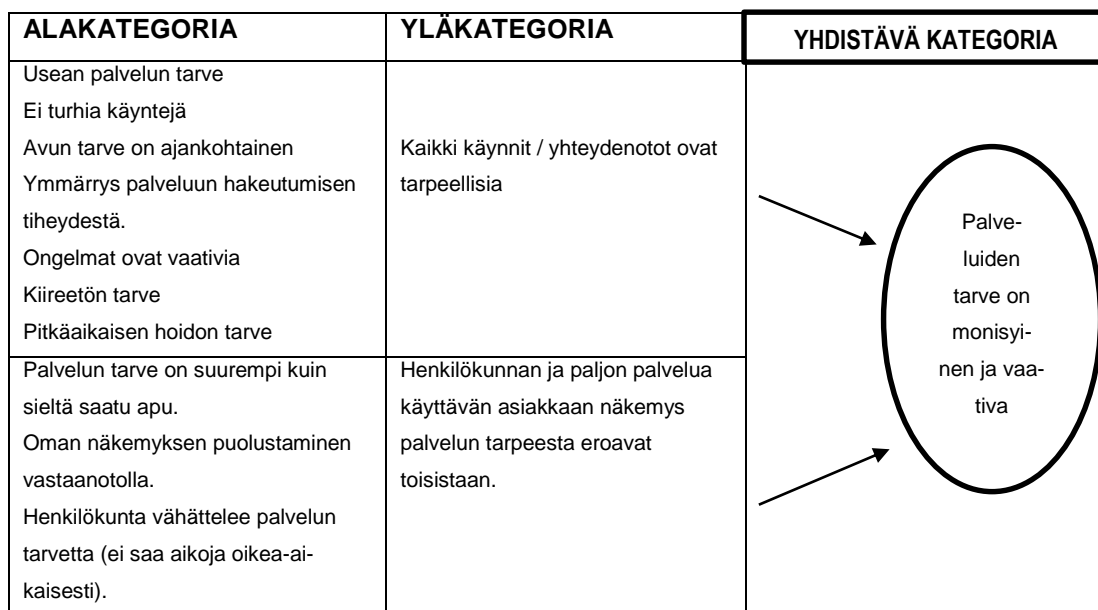
*“Ne kahtoo, ku mielipuolta.”*

*“Ei oteta tosissaan.”*

*“Se pistettiin niin, että mulla on täällä päässä se vika.”*

## 5.2.2 Palveluiden tarve on monisyinen ja vaativa

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan palveluihin hakeutumisen taustalla oli usean palvelun tarve ja usein ongelmat olivat vaativia. Asiakas koki, että hänen käyntinsä eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteissä eivät olleet turhia. Asiakkaan mielestä käynnit eri palvelupisteissä olivat aina tarpeellisia ja ajankohtaisia sekä hän tiedosti käyttävänsä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja paljon. Omien sanojensa mukaan paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden suurkuluttaja (katso kuvio 6).



KUVIO 6. Palveluiden tarve

*“Mää oon vakioasiakas siellä ollut.”*

*“Minä oon semmoinen suurkuluttaja.”*

*“Minä käyn ainakin vähintään sen kerran kuukaudessa”*

*“En mä oo vielä yhtään turhaa reissua tehny.”*

*“Ei sitä sairaana, ei jaksa etes turhan takia lähtä siellä käymään.”*

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt vähättelivät tarvetta palveluille. Asiakas ei useista yrityksistä huolimatta saanut aikoja hoitajalle, sosiaalityöntekijälle tai lääkärille, jolloin tarvittavia palveluita ei saatu oikea aikaan, tarpeeksi tai lainkaan. Palveluiden tarve koettiin suurempana kuin sosiaali- tai terveydenhuollon palvelupisteistä saatiin. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki joutuvansa puolustamaan omaa näkemystään eri sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteissä, koska näkemyserot tarvitsemastaan ja saamistaan palveluista poikkesivat oleellisesti asiakkaan ja ammattihenkilöiden välillä. Osa palveluiden tarpeesta oli kiireetöntä hoitoa ja palveluja haettiin myös pitkäaikaissairauksien vuoksi.

*“Pitää vaatia, olla voimia sairaanakin jaksaa niin paljon, että vaatimalla vaatii sitä hoitoa.”*

*“Sitä tulee kiukkuseksi ajan myötä, kun sitä apua ei saa. Se on niin turhauttavaa.”*

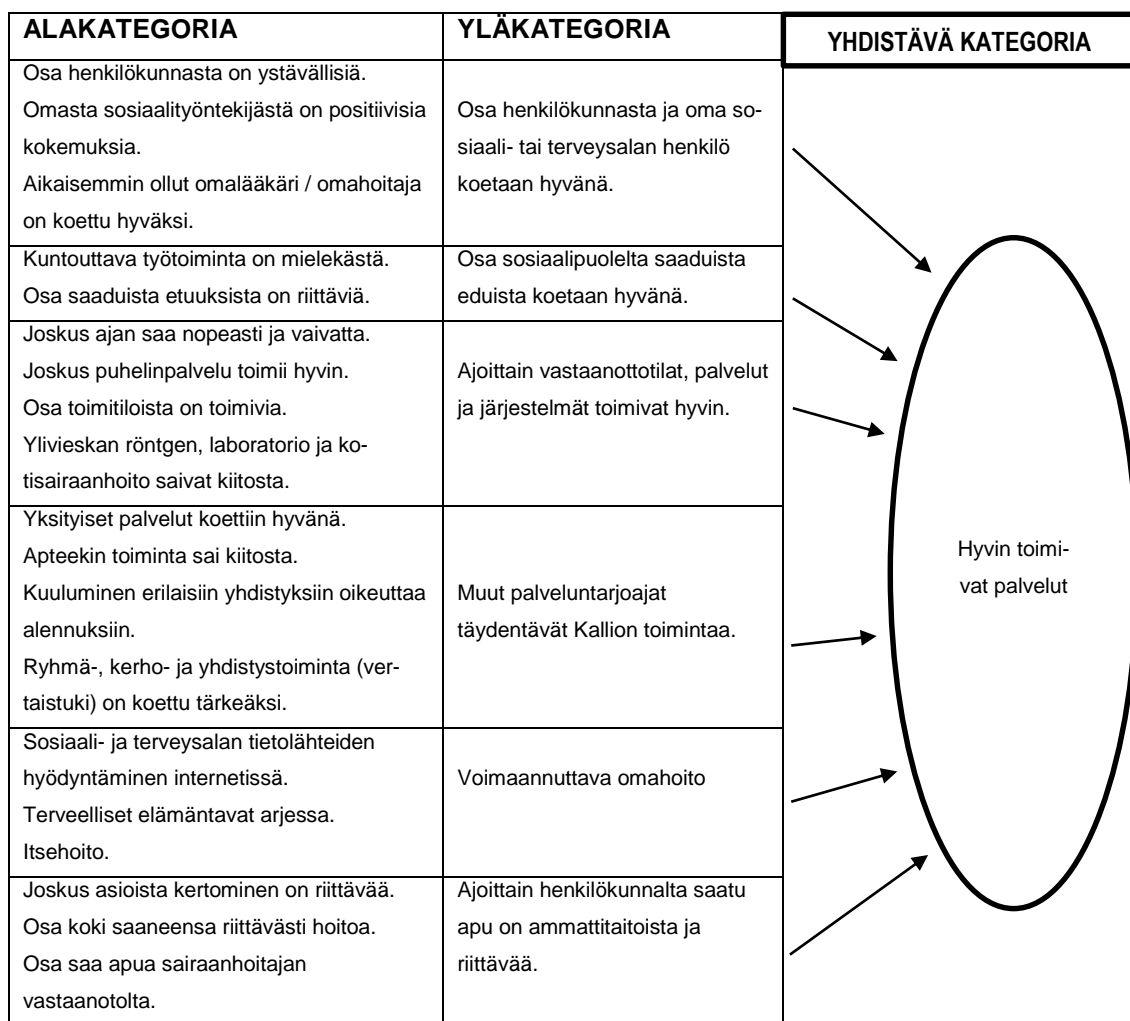
*“Kuinka tiheään sinne voi ottaa yhteyttä. Että joka päivä, joka päiväkö sinne pittää soittaa.”*

*“Tarvettahan ei ois, jos ois työ ja toimeentulo.”*

*“Se sanoo heti puhelimestakin suoraan, että et sinä mittään lääkäriä tarte.”*

### **5.2.3 Hyvin toimivat palvelut**

Omahoitaja ja omalääkäri koettiin erittäin tärkeäksi ja tarpeelliseksi terveydenhuollon palveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden joukossa oli ystävällisiä ja ammattitaitoisia työntekijöitä, jotka vaikuttivat positiivisesti palveluista saatuun kokemukseen. Ammattihenkilöiltä saatu ohjaus ja apu olivat toisinaan riittävää ja asianmukaista. Osa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista koki saaneensa apua sairaanhoitajan vastaanotolta. Sosiaalitoimen kuntouttava työtoiminta oli koettu hyväksi ja mielekkääksi arjen toiminnaksi. Osa saaduista sosiaalietuuksista koettiin riittäviksi ja niiden saaminen oli sujunut ongelmitta. Sosiaalitoimen asiakkaalla oli pääsääntöisesti positiivisia kokemuksia omasta sosiaalityöntekijästä (katso kuvio 7).



KUVIO 7. Hyvin toimivat palvelut

*“Mulla on kyllä ollu siellä hyvä työntekijä. Hyvä, että on se yksi ja sama, kyllä mä tykkään siitä. Omalle virkailijalle voi antaa kymmenen pistettä ja papukaija -merkki.”*

*“Sairaanhoidajat kyllä kuuntelee paljon paremmin, mitä lääkärit.”*

*“Kun oli ne meidän omat vakilääkärit, saatiin niin hyvä, hyvä hoitosuhte sillälailla.”*

Vastaanottoajan saaminen onnistui toisinaan nopeasti ja vaivatta, joka koettiin myönteisenä asiana. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas piti erittäin tärkeänä, että viestiin ja soittopyyntöön vastattiin nopeasti. Osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimitiloista koettiin



remontin jälkeen toimiviksi ja viihtyisiksi. Terveyskeskuksen vastaanottotiloissa ilmoittautumishuone sekä reseptihuone koettiin erittäin hyväksi intimitettisuojan vuoksi. Positiivista palautetta hyvästä palvelusta saivat Ylivieskan terveyskeskuksen röntgen, laboratorio sekä kotisairaanhoido. Yksityiset palvelut koettiin hyvänä nopean hoitoon pääsyn ja perusteellisen palvelun vuoksi. Suurin osa asiakkaista oli tyytyväisiä yksityisiin palveluihin. Ylivieskan apteekin ammattihenkilöt koettiin ammattitaitoisina ja heiltä saatu kohtelu oli asiallista.

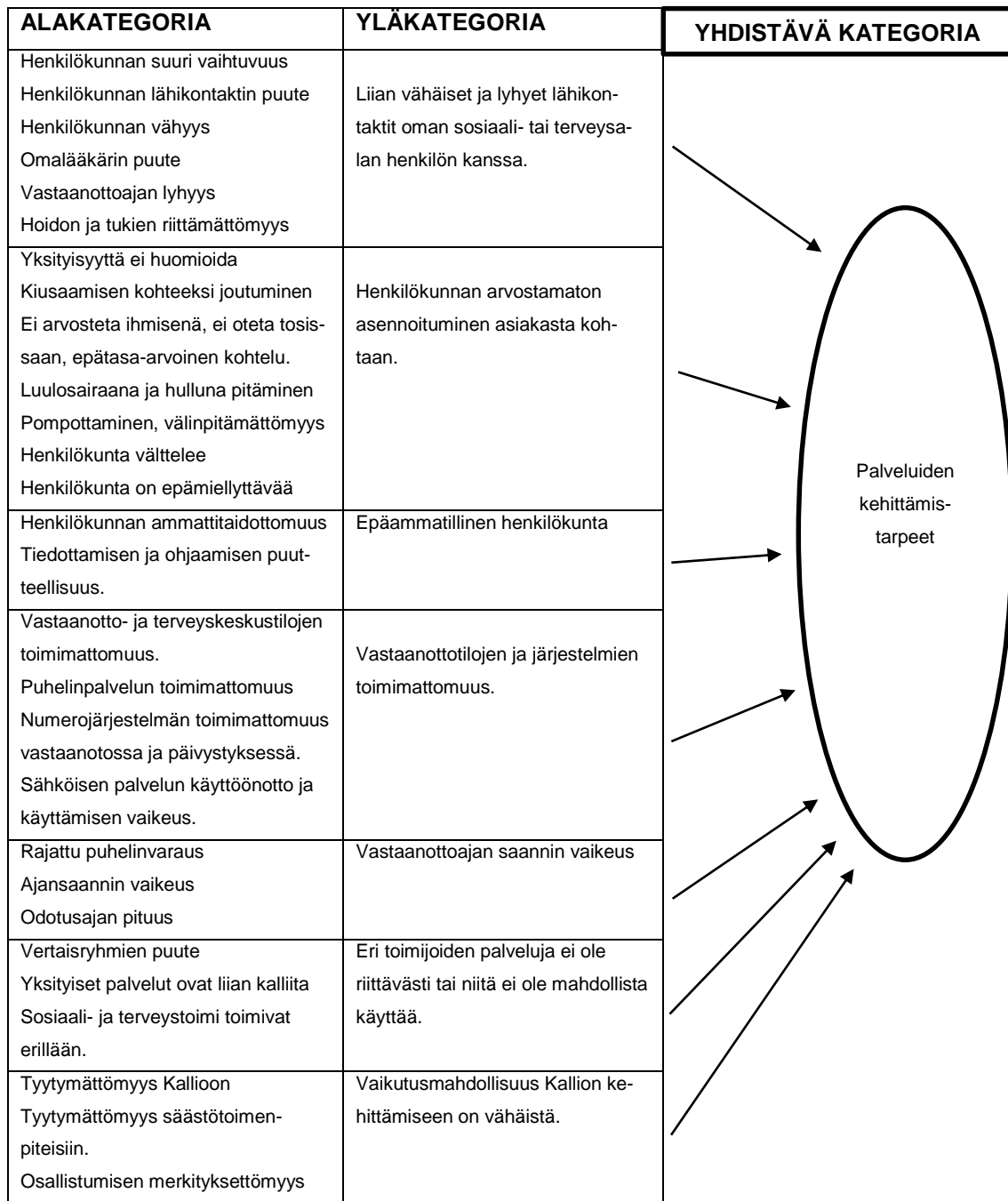
*“Mää kyllä menisin, mä hoitasin kaikki vaivat yksityislääkärin kautta, jos mulla ois rahaa.”*

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki toimivien verkostojen luovan turvallisuutta ja mielekkyyttä elämään. Omahoidon koettiin olevan voimaannuttavaa, jota toteutettiin monin eri tavoin. Liikunta, terveellinen ruokavalio, lukeminen, saunominen sekä vertaistuki koettiin tärkeinä omahoidon muotoina. Asiakas etsi itse tietoa omiin ongelmiinsa ja sairauksiinsa erilaisten tietolähteiden, kuten keskustelufoorumien ja sosiaali- ja terveysalan linkkien kautta internetistä. Kokemuksia jaettiin keskustelupalstojen välityksellä tai yksinomaan lukemalla toisten kokemuksia vastaavista tilanteista, mitä itsellä oli. Osa asiakkaista oli ollut mukana erilaisissa ryhmä-, kerho- ja yhdistystoiminnassa ja tällaisia vertaistukeen perustuvia ryhmiä kaivattiin lisää. Asiakkaalle oli tärkeää, että hän sai jakaa kokemuksiaan keskustelemalla. Vertaistuki koettiin erittäin tarpeelliseksi, jota oli mahdollisuus saada erilaisten järjestöjen, kerhojen sekä keskusteluryhmien kautta.

*“Nehän järjestää niitä virkistysreissuja ja kokoontumisia ja luentoja. Paikallislehti ilmottaa jokaisesta ryhmästä. Syksyisin on tämä vammaisjärjestöjen marssi ja tapahtuma, jossa jaetaan esitteitä.”*

#### **5.2.4 Palveluiden kehittämistarpeet**

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on kehittämiskohteita. Asiakkaalla oli useita kehittämisajatuksia ja mielipiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen (katso kuvio 8).



KUVIO 8. Palveluiden kehittämistarpeet

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki, että vastaanottoajan saaminen ja vastaanottoajan lyhyys ovat kehittämiskohteita, joihin tulisi kiinnittää huomiota. Liian vähäiset ja lyhyet lähikontaktit oman sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa koettiin negatiivisena asiana. Asiakas toi ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteissä ammattihenkilöiden vaihtuvuus oli suurta eikä asioiden hoito onnistunut asiakkaalle tutun, asiakasvastaavan

kanssa. Asioiden jatkuva kertaaminen ja alusta aloittaminen koettiin turhauttavana ja epämiellyttävänä. Osa asiakkaista ilmaisi tyytymättömyytensä siihen, että yhteyden saaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteisiin oli aikaisempaa vaikeampaa ja tästä syystä ammattihenkilön lähi- kontakti jäi puutteelliseksi. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta omahoitajan, omalääkärin ja oman sosiaalityöntekijän saatavuus olivat erittäin tärkeitä kehittämiskohteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteissä ammattihenkilöiden vähyys sekä omalääkäri -palveluiden puuttuminen koettiin negatiivisena. Osa asiakkaista oli aikaisemmin kokenut hyvänä omalääkäri -järjestelmän, joten sen loppuminen koettiin huonona. Puolestaan osalla asiakkaista ei ollut tietoa, oliko heille nimettynä omalääkäriä tai toimiko omalääkäripalvelut sillä hetkellä lainkaan.

*“Monta asiaa pystyis parantamaan, kun ois se omalääkäri. Kyllä se vaikuttaa, jos sä tiität, että sielä on joku sua varten.”*

Asiakkaan mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ammattihenkilöt välttelivät häntä eivätkä halunneet asioida hänen kanssaan. Asiakas koki, että osa ammattihenkilöistä oli ammattitaidottomia ja välinpitämättömiä. Toisinaan kohtaamistilanteet koettiin epämiellyttävinä ammattihenkilöiden epäarvostavan asennoitumisen vuoksi. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki, että ammattihenkilöt eivät arvostaneet häntä ihmisenä, eivätkä ottaneet hänen ongelmiaan ja avuntarvetta tosissaan. Osa asiakkaista koki, että he saivat osakseen epätasa-arvoista kohtelua, joka ilmeni sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehdessä arvion avuntarpeesta. Asiakkaan mukaan ammattihenkilöstö antoi palvelua vaihtelevasti riippuen siitä, kenen avuntarpeesta oli kyse. Osa asiakkaista koki jääneensä huonompaan asemaan kuin toiset, samassa elämäntilanteessa olevat avuntarvitsijat. Osa asiakkaista toi esille, että palvelun tarpeeseen vastattiin heikosti ja heitä pompotettiin eri palveluista toiseen. Lisäksi hoidon ja saatujen tukien riittämättömyyteen oltiin tyytymättömiä.

*“Mulla on ollut semmoinen kokemus, että ei oteta todesta.”*

*“Tulis parempaa palvelua ja henkilökunta ois asiallista ja kohtelis hyvin.”*

Asiakas koki voimakkaasti, että ammattihenkilöt pitivät häntä hulluna ja luulosairaana. Eräs asiakas kertoi lukeneensa omista potilastiedoistaan tällaisia lääkärin kannanottoja, mitkä hän koki erittäin

loukkaaviksi. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas toivoi, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vuorovaikutustaidot sekä asiakkaan kunnioittava kohtaaminen nostetaan kehittämiskohteiksi. Asiakkaan mielestä ammattihenkilöiden käyttäytyminen tulee kehittyä asiakasta arvostavaan ja hyväksyvään suuntaan.

*“Ja mulle on tullut semmoinen tunne, että mua pietään luulosairaana.”*

*“Sanoin sille lääkärille, että voit pitää mua niin hulluna ku haluat.”*

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas antoi negatiivista palautetta erilaisen järjestelmien toimimattomuudesta. Asiakas koki, että puhelinpalvelun toiminnassa oli suuria puutteita ja ongelmia. Puhelinpalvelussa kehittämisen kohteeksi nousivat nopeampi soittopyyntöön vastaaminen sekä ajanvarauksen ajankohtien laajentaminen. Ajan varaaminen puhelimitse oli mahdollista vain tiettyinä, rajattuina aikoina, joka koettiin huonoksi järjestelmäksi. Ongelmallisena koettiin, että kyseisenä aikana ei aina saatu puhelinyhteyttä tai yhteyden saatuaan kaikki vastaanottoajat olivat menneet. Negatiivisena koettiin myös se, että jos vastaanottoajan onnistui saamaan, niin annettu aika oli liian pitkän ajan kuluttua. Sosiaalitoimessa yhdeksi kehittämiskohteeksi nousi vastaanottotoiminnan kehittäminen asiakaslähtöiseksi; vastaanottopisteen toimintaa asiakas kehittäisi niin, että puhelinpalvelu toimii aikaisempaa joustavammin ja että vastaanotolla voi käydä varaamassa ajan. Kehittämiskohteeksi nousivat yhteyden saamisen takaaminen, palvelujen saaminen oikea-aikaisesti sekä odotusaikojen lyheneminen. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas näki kehittämiskohteen terveyskeskuksen vuoronumerojärjestelmän toimivuudessa. Vuoronumerojärjestelmän sujuva käyttäminen vaatii jatkossa ohjauksen lisäämistä ammattihenkilöiden osalta. Vuoronumerojärjestelmän käytön tehostamista toivottiin myös päivystyspoliklinikan toiminnan tueksi.

*“Pitäs siellä olla joku henkilö ottamassa ihmisiä vastaan ja soittopyyntö, että ne soittas sitte takasi.”*

Asiakas toivoi saavansa enemmän ohjausta, tukea ja parempaa tiedottamista asioista. Osa asiakkaista oli halukkaita käyttämään sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja toiveena oli, että sähköisiä palveluja lisätään ja kehitetään tulevaisuudessa. Sähköisten palveluiden käyttämi-

nen koettiin haasteelliseksi ja vaikeaksi, joten kehittämiskohteeksi nousi ohjauksen, tuen ja neuvonnan saaminen tietojärjestelmien käyttämisen mahdollistamiseksi. Osalla asiakkaista ei ollut mahdollisuutta tai halua käyttää sähköisiä palveluja.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas esitti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tiloihin kohdistuvia kehittämissuhteita. Terveyskeskuksessa reseptihuoneen toimintaan kaivattiin kehittämistä tehostamalla palvelun käyttöä ja saatavuutta. Asiakas toivoi lisäksi terveyskeskuksen vastaanottotilojen jatkokehittämistä. Kehittämiskohteiksi nousivat lasten leikkitilan erottaminen odotusaulasta, kahvi- ja ruoka -automaatin tarpeellisuus, miesten ja naisten yhteisen wc -tilan erottaminen omiksi tiloiksi sekä vastaanoton odotustilan laajentaminen. Terveyskeskuksen vastaanoton ilmoittautumispisteen intymiteettisuoja koettiin puutteelliseksi, johon kehittämishetkenä asiakas ilmaisi ilmoittautumishuoneiden määrän lisäämisen ja ilmoittautumislukun käytön poistamisen.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toimivat erillään toisistaan, joka aiheutti ongelmia tiedon kulkemisessa. Osa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista toivoi, että tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteistoiminta olisi tehokkaampaa ja joustavampaa.

Asiakas oli halukas käyttämään aikaisempaa enemmän yksityisiä palveluja. Yksityisten palvelujen käytön mahdollistaminen koettiin merkittävänä kehittämiskohteena. Yksityisten palvelujen käytölle oli usein esteenä yksityisten palveluiden korkea hinta, mihin asiakkaan varallisuus ei riittänyt. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas koki, että yksityisten palvelujen käytön mahdollistaminen ja käytön lisääminen nopeuttaisivat julkisella sektorilla hoitoon pääsemistä, kun asiakkaat jakautuisivat molemmille sektoreille.

Paljon sosiaali- terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas toi ilmi tyytymättömyyden Peruspalvelukuntayhtymä Kallion toimintaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden koettiin toimivan paremmin ennen kuntayhtymään liittymistä. Asiakas toi esille negatiivisena asiana erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kohdistuvat säästötoimet, mitkä osaltaan heikensivät kuntalaisten palveluiden saantia. Merkittävä kehittämiskohde paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta oli erilaisten vertaisryhmien parempi saatavuus. Asiakas koki, että hänellä ja muilla kuntalaisilla oli vähäiset vaikutusmahdollisuudet Peruspalvelukuntayhtymä Kallion

toiminnan kehittämisessä. Asiakas ilmaisi olevansa epäilevä tutkimus- ja kehittämistyön vaikutusmahdollisuuksista, mutta piti tärkeänä, että sai mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan ja olla osallaan mukana tutkimus- ja kehittämistyössä. Kiinnostus omia asioita kohtaan sekä halu olla aktiivisesti tietoinen vaikuttamis- ja kehittämismahdollisuuksista koettiin tärkeäksi.

*“Kyllä se ois hyvä, että ois tällaisia erilaisia vertaisryhmiä.”*

## 6 KÄYTTÄJÄPROFIILIT JA NIIDEN MUOTOILU

JYVÄ -hankkeeseen kuului säännöllisin välein pidettäviä työpajoja, joihin osallistui hankkeessa mukana olevia tutkijoita ja asiantuntijoita. Me osallistuimme yhteen työpajaan, joka pidettiin Oulun ammattikorkeakoulussa 9.3.2015. Tähän JYVÄ:n analyysityöpajaan osallistui tutkijoita ja asiantuntijoita muun muassa Aalto yliopistosta, Oulun yliopistosta ja Oulun ammattikorkeakoulusta sekä me opiskelijoina tutkimus- ja kehittämistyön osalta.

Analyysityöpaja alkoi aiheen alustamisella, jossa käytiin läpi teoriaa käyttäjäprofiileista, niiden muodostamisesta sekä höydynnettävyydestä. Aalto yliopiston tutkijat esittelivät JYVÄ:n tutkimusaineistoista nousseet keskeisimmät eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannuksia kerryttävät asiakkaat, joita olivat monisairaat, moniongelmaiset, paljon vastaanottoa käyttävät, mielen-terveys- ja päihdepotilaat, ikääntyneet, yksinäiset, hoivakodeissa asuvat asiakkaat, kotihoidon asiakkaat ja erikoissairaanhoidon suurkuluttajat (esimerkiksi keskoset).

Työskentely analyysityöpajassa jatkui parityöskentelynä. Työparit saivat tarkasteltavakseen eri tutkimusaineistoja, joita oli muodostunut JYVÄ – hankkeen aikana. Meidän tutkimus- ja kehittämistyön tulokset kuuluivat osana näihin tarkasteltaviin tutkimusaineistoihin. Tutkimusaineistoista etsittiin ongelmia, ideoita ja mahdollisuuksia, jotka kirjoitettiin ylös post-it -lapuille. Seuraavassa vaiheessa post-it -laput laitettiin seinällä oleviin tauluihin, joihin oli aikaisemmin aamupäivällä valittu ja nimetty käyttäjäprofiilit. Jokainen pari kertoi omat ajatuksensa toisille ja täydensivät näin kokonaisuutta. Loppupäivän aikana käyttäjäprofiilit aukikirjoitettiin, täydennettiin ja esiteltiin osallistujille. Päivän aikana tuotettu materiaali valokuvattiin ja alkuperäiset materiaalit säilytettiin jatkotyöskentelyä varten. Työskentelyn tuotoksena syntyneet alustavat käyttäjäprofiilit jaettiin analyysityöpajaan osallistuvien kesken, jonka seurauksena eri asiantuntijat alkoivat jatkotyöskentelynsä luomaan loppuun eri käyttäjäprofiilien kuvauksia.

Analyysityöpajassa syntyneen aineiston pohjalta meille jäi muodostettavaksi kaksi paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan käyttäjäprofiilia. Muodostimme valmiiksi käyttäjäprofiilit, joiden nimeksi tulivat ”Tarja - Diagnosishoppailija” ja ”Mattilan perheen haastava arki”.



## **Diagnoosishoppailija, Tarja**

Tarja on 49 -vuotias, eronnut sinkkunainen. Tarjan aikuiset lapset asuvat pääkaupunkiseudulla, josta Tarja on muuttanut hiljattain takaisin kotiseudulleen Kemiin. Hän asuu kerrostalossa vuokralalla. Tarjan lähihoitaja -opinnot jäivät aikoinaan kesken ja hän työskentelee kaupan kassalla keikkaluonteisesti. Tarja on kiinnostunut omasta hyvinvoinnistaan ja aloittaa joka syksy uuden liikuntaharrastuksen, joka loppuu aina heti alettuaan. Vuosien varrella Tarjalle on kertynyt melko runsaasti ylimäärästä painoa.

### **Miksi käyttää terveyspalveluja**

Tarja viettää runsaasti aikaa internetin keskustelupalstoilla, joista hän etsii ihmisten samankaltaisia kokemuksia erilaisista oireista ja sairauksista. Lisäksi hän hakee selitystä omille oireilleen erilaisilta terveys -sivustoilta ja tekee itselleen diagnooseja lukemansa perusteella. Tarja hakee terveyskeskuslääkäriltä vahvistusta diagnoosilleen ja haluaa usein jatkotutkimuksia ja lisätietoa asioista. Tarjalla on runsaasti erilaisia oireita ja vaivoja, sekä vuosittain lukuisia käyntejä terveyskeskuksessa.

### **Mikä ei toimi palvelussa (käyttäjän näkökulma)**

Tarja kokee, ettei saa tarvitsemaansa apua terveyskeskuksesta. Hänen vaivojaan ja oireitaan ei oteta tosissaan ja hänen ongelmiaan vähätellään jatkuvasti. Toisinaan Tarja kokee, että häntä pidetään luulosairaana. Tarja hakeutuu toistuvasti terveyskeskukseen samojen asioiden vuoksi, mutta sieltä saatu apu ei vastaa hänen tarpeisiinsa. Tarjan mielestä lääkärin vastaanottoajan saaminen on erittäin vaikeaa. Tarja toivoo saavansa omahoitajan tai omalääkärin, josta hänellä on aikaisemmin positiivisia kokemuksia.

### **Ammattilaisen kommentti**

Tarjan kaltaiset somatisoijat seuraavat omaa itseään hyvin tarkasti ja hakevat erilaisia sairauksia itsestään. Heillä on monenlaisia pelkoja erilaisista taudeista ja kuolemasta. Vastaanotolla heille määrätään joku laboratoriotutkimus, jolla ruokitaan uskoa, että heissä täytyy olla joku sairaus, koska heitä vuodesta toiseen tutkitaan.





### **Mattilan perheen haastava arki,**

jossa syrjäytymisuhan alla olevan perheen käyttäytymismallit periytyvät lapsille.

Mattilaan perheeseen kuuluvat Kalle -isä 38v, Liisa -äiti 36v sekä lapset; Jussi 16v, Jenni 14v ja Laura 7v. Perhe asuu Pudasjärvellä kunnalta vuokraamassa omakotitalossa.

### **Miksi käyttää sosiaali/terveyspalveluita**

Perheen isä on sairauseläkkeellä selkävaivojen ja pitkäaikaisen masennuksen vuoksi. Perheen äiti on pitkäaikaistyötön ja käy ajoittain työvoimatoimistossa etsimässä kampaajan töitä. Äiti on ollut työkokeilussa koulun keittiöllä, mutta kokeilu keskeytyi pian työuupumisen takia.

Perheen vanhimmat lapset ovat kerran kuukaudessa yhden viikonlopun tukiperheessä, jolla tuetaan vanhempien jaksamista arjessa. Perheen nuorin lapsi aloitti koulun starttiluokalla keskittymis- ja oppimisvaikeuksien vuoksi. Perheen Jenni työllä on univaikeuksia sekä usein toistuvaa maha-kipua, joka aiheuttaa poissaoloja koulusta. Perheen vanhin lapsi Jussi on suorittanut peruskoulun, mutta ei ole saanut jatko-opintopaikkaa tai töitä. Jussi on ajautunut itseään vanhempaan kaveriporukkaan, jossa käytetään runsaasti alkoholia.

Vanhemmat asioivat säännöllisesti sosiaalitoimistossa, jossa he ovat saaneet henkilökohtaisen palveluneuvojan hoitamaan perheen asioita. Perheessä käy kunnan kotiaavustaja kerran kuukaudessa ohjaamassa kotitöiden hoitamista, jossa perheellä on ollut vaikeuksia.

Perheen isä käy usein terveyskeskuksessa selkävaivojen takia sekä osallistuu mielenterveystoimiston järjestämään keskusteluryhmään. Isällä on myös runsasta alkoholin käyttöä, joten hänet on ohjattu päihdehoitajan vastaanotolle.

### **Mikä ei toimi palveluissa (asiakkaan näkökulma)**

Perhe kokee joutuneensa jatkuvan tarkkailun kohteeksi sekä sosiaalitoimen, koulun että naapuruston osalta. Asiattomat puheet, nimittely ja osoittelu ovat perheen arkipäivän kokemuksia. Perhe kokee olevansa eriarvoisessa asemassa elämäntilanteensa johdosta. Vanhemmat ovat miettineet, onko sosiaalietuksien saaminen tasavertaista kaikille tarvitsijoille, vai saako joku enemmän ja helpommin kuin muut. Perhe kamppailee jatkuvasti taloudellisten ongelmien kanssa ja kokee, että sosiaali-etuudet eivät riitä perheen elinkustannuksiin. Perheen heikosta taloustilanteesta johtuen lapset eivät voi osallistua harrastuksiin, eikä perhe voi matkustaa sukulaisten luokse. Vanhemmat kuvaavat elämänsä sanalla "arjen vääntö", johon liittyy myös pelkoa, hätää ja turvattomuutta.

### **Ammattilaisen kommentti**

Jos kotoa ei saada oman elämän hallinnan taitoja eikä esimerkkiä, miten itse selviydytään ja otetaan elämästä vastuuta, niin nuori tai lapsi oppii, että mennään sosiaalihuollon palveluiden piiriin ja otetaan sieltä. Myös kaikki pikkuvaivat käydään näyttämässä lääkärille. Käyttäytymismallit ja asiakkuus periytyvät.

## 7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävällä asiakkaalla oli vaikeuksia sairauden hallinnan kanssa, mutta hänellä oli kuitenkin ajoittain vahva oma käsitys siitä, mistä hänen oireensa johtuvat. Koskelan (2008, 3, 28 - 29) mukaan paljon terveydenhuollon palveluja käyttävät asiakkaat kokevat olevansa sekä sairaampia että alttiimpia eri sairauksille kuin tavanomaisesti terveyspalveluja käyttävät asiakkaat. Somatisoivat ja moniongelmaiset paljon terveyspalveluja käyttävät asiakkaat ovat kaikkein tyytymättöimpiä fyysiseen terveydentilaansa. Lisäksi asiakkaan sairauden hallinta tai hänen kykynsä vaikuttaa sairautensa hoitoon vaikuttaa terveyspalveluiden käyttötottumuksiin. Terveyspalveluiden käyttö on suurta sellaisilla asiakkailla, joilla ei ole käsitystä siitä, mikä heidän oireensa on aiheuttanut.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan yhtenä palveluun hakeutumisen syynä oli yksinäisyydestä aiheutuva turvattomuus. Koskelan (2008, 33) mukaan asiakkaan lähipiiri vaikuttaa terveydenhuollon palveluiden käytön herkkyyteen. Asiakkaat, joilla on hyvin kehittynyt tiivis sosiaalinen verkosto, hakeutuvat lääkärin vastaanotolle vähän.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä oli nähtävillä myös paljon palveluja käyttävien asiakkaiden perheen sisällä ja sukupolvien välillä. Koskela (2008, 33) viittaa Schoriin ym., Campbelliin ja Rolandiin, joiden mukaan asiakkaan sairauskäyttäytyminen voi olla omasta perheestä opittua. Jos perhe käyttää paljon terveydenhuollon palveluja, herkkyys hakeutua lääkäriin voi siirtyä sukupolvelta toiselle.

Oman sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa asioidessa paljon palveluja käyttävä asiakas koki, että asioiden hoito onnistui sujuvammin, koska molemmat osapuolet olivat entuudestaan toisilleen tuttuja. Näin välttyttiin asioiden jatkuvalta alusta aloittamiselta ja kertaamiselta, joka koettiin turhauttavana ja epämiellyttävänä. Näinollen oman sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön nimeäminen oli tärkeää paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävälle asiakkaalle. Muurinen & Mäntyrannan (2008, 5) mukaan paljon palveluja käyttävä asiakas hyöttyy saamastaan palvelustaan eniten, jos hän saa asioida lähikontaktissa hänelle nimetyn henkilön kanssa. Terveyshyötymalli korostaa paljon palveluja tarvitsevalle asiakkaalle nimetyn case managerin eli asiakasvastaavan merkitystä. Leskelä ym. (2013, 3167) mukaan paljon palveluja käyttäville asiak-

kaille on tärkeää pysyvä hoitosuhde ja hoitavan henkilöstön yhteistyö yli organisaatorajojen. Runsaasti eri palveluja käyttäville asiakkaille ei sovellu järjestelmä, jossa heidän tietonsa hajaantuvat niin laajalle, ettei kenelläkään ole lopulta kokonaiskuvaa ja vastuuta asiakkaasta. Myös ennaltaehkäiseviä palveluja ei osata riittävässä määrin ja oikea-aikaisesti kohdentaa niistä eniten hyötyville asiakkaille, jonka takia asiakkaan tilanne voi turhaan kriisiytyä ja johtaa raskaimpien palvelumuotojen käyttöön.

Leskelä ym. (2013, 3167 - 3168) mukaan asiakasvastaava -malli vähentää käyntejä terveyskeskukseen muun muassa iäkkäillä, mielenterveys- ja päihdekuntoutujilla sekä kroonisesti sairailta. Asiakasvastaava toimii paljon palveluja käyttävälle asiakkaalle yhden luukun kontaktipisteenä, joka neuvoo, tukee ja tarvittaessa järjestää hänen tarvitsemansa palvelukokonaisuuden. Jotta asiakasvastaava pystyisi toimimaan asiakkaan edun mukaisesti, hänelle tulee olla käytettävissään koko palvelujärjestelmän potilas- ja asiakastiedot sekä päätöksenteon tuki.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävälle asiakkaalle oli merkityksellistä toimiva vuorovaikutus ja kohtaamistilanteet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Toimivan vuorovaikutuksen taustalla oli ystävällinen, arvostava, välittävä ja tasa-arvoinen asiakkaan kohtelu. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupisteistä saatu apu koettiin parempana, kun asiakkaalla oli mahdollisuus asioida tutun asiakasvastaavan kanssa, jolloin oli mahdollista ennakoida tulevia käyntejä palvelupisteissä. Paljon palveluja käyttävä asiakas koki, että eri toimijoiden palveluja ei ollut riittävästi tarjolla tai niitä ei ollut mahdollista käyttää. Asiakkaan mielestä palveluvalikoimaa tulisi laajentaa, jolloin julkisten sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden lisäksi palveluja voisi saada yksityisiltä palveluntuottajalta. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan arjessa korostui itsehoito- ja sosiaali- ja terveysalan sähköisten järjestelmien hyödyntäminen. Barr ym. (2003, 74, 76 - 79) mukaan terveyshyötymallissa on merkittävää tuloksellinen ja ennakoiva vuorovaikutus sekä asiakkaan henkilökohtaiseen terveyteen liittyvien taitojen kehittäminen eli voimaannuttava omahoito. Lisäksi terveyshyötymalliin voidaan liittää terveydenedistämisen näkökulman huomioiminen hoito-organisaatioiden ja -järjestelmien suunnittelussa. Terveyshyötymallin avulla kehitetään kliinisiä terveysjärjestelmiä enemmän tiedolliseksi informaatio-järjestelmiksi, jotka antavat tietoa asiakkaille terveyteen vaikuttavista tekijöistä.

Vastaanottoajan nopea saaminen ja vastaanotolta saatu ystävällinen palvelu ja asiallinen kohtelu ovat tärkeitä asioita paljon palveluja käyttävälle asiakkaalle. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan

mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vuorovaikutustaidot ja asiakasta kunnioittava kohtaaminen olivat puutteellisia, joihin ammattihenkilöiden tulisi saada koulutusta. Kivelän (2014, 26 - 27) tutkimuksessa paljon terveystalveluja käyttävät ikäihmiset kokivat, että palvelut olivat laadukkaita, kun ne saadaan yhdestä paikasta, vastaanotolle pääsee lyhyemmässä ajassa ja palvelu on ystävällistä. Lisäksi ikäihmiset toivat esille, että henkilökunnalle pitäisi antaa koulutusta asiakkaan kohtaamiseen.

Henkilökunnan pysyvyys oli tärkeää paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävälle asiakkaalle, koska hoitosuhteen jatkuva katkeaminen ammattihenkilöiden vaihtuessa aiheutti asiakkaalle turvattomuutta ja turhautumista. Samoihin tuloksiin on päässyt myös Kivelä. Kivelä (2014, 26) esittää tutkimuksessaan, että kokonaisvaltainen hoito sisälsi hoitamisen, selkeän hoidonohjauksen ja asiakkaan huomioimisen kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaiseen huomioimiseen voidaan katsoa kuuluvaksi henkilökunnan pysyvyys, tutustuminen asiakkaaseen, hänen tilanteensa selvittäminen ja se, että paljon palveluja käyttävä asiakas tulee kuulluksi. Tutkimuksessa tuodaan esille, että ikäihmiset kokivat käyntien vähentymistä, jos heidän kanssaan asioi sama henkilökunta, joka tuntee asiakkaan ja hänen sairaushistoriansa. Entuudestaan tuttu sosiaali- tai terveystalveluiden ammattihenkilö edesauttoi sitä, että aikaa jäi enemmän asiakkaan kuuntelemiseen ja sen hetkisen tilanteen selvittämiseen.

Paljon palveluja käyttävä asiakas oli halukas käyttämään sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Hyppösen, Hyryn, Vallan & Ahlgrenin (2014, 36) mukaan paljon palveluja käyttävillä asiakkailla on 10 – kertainen todennäköisyys käyttää sähköisiä palveluja kuin vähemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävillä. Paljon palveluja käyttäville asiakkailla kannattaa siis suunnitella sähköisiä palveluja.

Eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttäviä asiakasryhmiä ovat vanhuspalveluita, somaattisia sairauksia potevat, vammais- ja kehitysvammahuoltopalvelun piirissä olevat sekä päihde- ja mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat. (Leskelä ym. 2013, 3165.) Päihdeasiakkaita emme tutkimus- ja kehittämistyöhön saaneet mukaan osallistumaan lukuisista yrityksistä huolimatta. Tästä syystä käsitelimme päihdeasiakkaan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista Lempiäisen (2008, viitattu 9.4.2015) tutkimuksen avulla, jossa havaitsimme samoja tutkimustuloksia.

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas joutui usein alentavien katseiden kohteeksi ja hänen suhtauduttiin epäasiallisesti sekä ennakkoluuloisesti. Lempiäisen (2008, viitattu 9.4.2015) mukaan päihdeasiakas koki tulleen kohdelluksi huonosti, koska ammattihenkilöillä oli ennakkoluuloja asiakasta kohtaan, eikä häntä huomioitu yksilöllisesti. Henkilökunnan ennakkoluulot koettiin loukkaavina ja saivat päihdeasiakkaan tuntemaan itsensä leimatuksi lopuksi ikäänsä.

Paljon palveluja käyttävä asiakas koki vaikeana vastaanottoajan saamisen oikea-aikaisesti. Asiakkaan mielestä tarvittavia palveluita ei ollut riittävästi ja palvelun tarve oli suurempi kuin palvelupisteistä saatu apu. Lempiäisen (2008, viitattu 9.4.2015) mukaan päihdeasiakkaan oli vaikea saada varattua aikaa palveluihin. Vastaanottoaikoja oli liian harvoin tarjolla, eikä niitä saanut akuuttiin tarpeeseen. Pitkä odotusaika hoitoon koettiin negatiivisena asiana päihdeasiakkaan näkökulmasta. Lisäksi päihdeasiakas koki, ettei hoitoa saanut niin usein kuin sitä olisi tarvinnut.

Ammattihenkilöstön ammattitaito paljon palveluja käyttävän asiakkaan kohtaamisessa, vuorovaikutustilanteissa sekä ohjauksessa ja neuvonnassa koettiin puutteellisenä. Lisäksi järjestelmien ja vastaanottotilojen toimimattomuus koettiin negatiivisena. Lempiäisen (2008, viitattu 9.4.2015) mukaan päihdeasiakkaalla oli kokemus, ettei palveluihin kohdistettu riittäviä resursseja, sekä ohjaus ja neuvonta koettiin puutteelliseksi. Puutteellinen tiedottaminen ja ohjaus lisäsivät epätietoisuuden tunnetta ja palvelujärjestelmä koettiin toimimattomaksi. Lisäksi asiakas toi esille, että henkilökunnan tietoutta päihdeongelmasta pidettiin riittämättömänä.

Oma sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö koettiin erittäin tärkeäksi paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta. Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävälle asiakkaalle oli tärkeää, että hän sai keskustella asioistaan itselleen nimetyn asiakasvastaavan lisäksi samaa kokeneiden henkilöiden kanssa. Vertaistukea asiakkaat saivat erilaisista ryhmä-, kerho- ja yhdistystoiminnoista. Lempiäinen (2008, viitattu 9.4.2015) toteaa, että oman sosiaalityöntekijän rooli oli merkittävä päihdeasiakkaan hoidon näkökulmasta. Se, että sai asioida entuudestaan tutun työntekijän kanssa, lisäsi luottamusta hoitopaikkaa kohtaan. Tutun ammattihenkilön kanssa pystyi puhumaan omista asioista avoimesti, eikä tarvinnut kertoa koko elämäntarinaansa alusta. Päihdeasiakas arvosti ammattitaitoista ja kuuntelevaa henkilökuntaa, joka osaa ottaa oikeita asioita puheeksi. Päihdeasiakkaalla oli positiivisia kokemuksia vertaisryhmistä, joista he kuvasivat saaneensa työkaluja oman elämän hallintaan.

## 8 POHDINTA

Käsitteiden kirjavuudesta ja runsaudesta johtuen, pohdimme tarkasti, mitä käsitteitä käytämme tiedonantajista, jotta emme loukkaa valitsemallamme käsitteellä ketään. Pohdittuamme asiaa valitsimme käsitteet paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas, asiakas sekä tiedonantaja, jotka eivät mielestämme olleet epäkunnioittavia ilmaisuja. Tutkimus- ja kehittämistyössä vältimme käyttämästä tiedonantajista käsitettä suurkuluttaja, ellei nimitys noussut tutkimusaineistosta heidän itsensä ilmaisemana. Mielestämme nimitys suurkuluttaja oli epäkunnioittava ja leimaava ilmaisu tutkimuksen tiedonantajista.

### 8.1 Tutkimus- ja kehittämistyön eettiset kysymykset

Aiheen valinnassa pidimme tärkeinä asioina aiheen yhteiskunnallista merkitystä sekä tutkimuksen mahdollisuutta tuottaa uutta tietoa. Edellä mainittujen kriteerien pohjalta valitsimme aiheeksi JYVÄ-hankkeen, josta meille osoitettiin erittäin mielenkiintoinen aihe tutkimus- ja kehittämistyöhön. Hirsjärvi ym. (1997, 63, 65) toteavat, että tutkimuksen aiheen voi löytää, saada, keksiä tai synnyttää monella eri tavalla. Valmis aihe nopeuttaa tutkimuksen valmistumista ja takaa asiantuntevan ohjauksen. Erilaiset tilaus- ja toimeksiantotutkimukset edellyttävät myös, että tutkija tekee työn annettusta aiheesta ja antaa näin eväitä päätöksentekijöille jonkin ajankohtaisen ongelman ratkaisemiseksi.

Ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittavien suojaan kuuluu, että tutkija selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit sillä tavoin, että tutkittavat pystyvät ne ymmärtämään. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä on tutkimusryhmällä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 128, 130.) Jotta tutkimukseen osallistuvan henkilön suostumusta voitaisiin pitää henkilökohtaisena päätöksenä, tulee tiedonantajan olla tietoinen useista tutkimukseen liittyvistä asioista. Tutkimukseen osallistuvan tulee tietää, miten tutkimustuloksia käsitellään, tallennetaan ja kenellä on oikeus tutkimustuloksiin sekä missä ja miten tutkimustuloksia julkaistaan. Tärkeää on kuitenkin huomioida, miten tutkimukseen osallistuvan yksityisyys taataan ja miten hänen tulee toimia, jos hän haluaa keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 66 - 67.) Tuomi & Sarajärven (2004, 125) mukaan tutkimusetiikan ongelmat liittyvät pääasiassa itse

tutkimustoimintaan, tutkimukseen tulevien henkilöiden informoimiseen, aineiston keräämisessä ja analyysissä käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonyymiteettiongelmiin sekä tutkimustulosten esittämistapaan.

Tutkimus- ja kehittämistyössä käsiteltiin tiedonantajien henkilökohtaisia kokemuksia, joihin suhtauduimme kunnioittavasti ja hienotunteisesti. Tiedonantajat olivat pieniltä paikkakunnilta, joten oli mahdollista, että he tunsivat toisensa entuudestaan. Asiasta keskustellessa kävi kuitenkin ilmi, että kukaan tiedonantaja ei ollut entuudestaan tuttu toiselle. Tiedonantajilla ei ollut ennakoon tietoa, ketä pienryhmätyöpajaan tulee osallistumaan. Pienryhmätyöpajan alussa ehdotimme tiedonantajille suullista sopimusta siitä, ettei toisten tiedonantajien asioista puhuta tilaisuuden ulkopuolella. Kaikki tiedonantajat hyväksyivät ja ymmärsivät tämän suullisen sopimuksen. Clarkeburn & Mustajoki (2007, 44) toteavat, että tutkimuskohteen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hänelle ei saa aiheutua haittaa tutkimukseen osallistumisesta.

Pienryhmätyöpajoissa onnistuimme luomaan turvallisen ja luotettavan ilmapiirin, jolloin tiedonantajat rohkaistuivat kertomaan arkaluonteisista, henkilökohtaisista asioista. Varasimme rauhallisen tilan ja runsaasti aikaa sekä mahdollisuuden pitää taukoja pienryhmätyöpaja -työskentelyn aikana. Kokemuksemme ihmisten kohtaamisesta, työelämässä opitut taidot sekä elämäkokemus edesauttoivat avoimen keskustelun syntymistä. Pyrimme pitämään pienryhmätyöpaja -työskentelyn rentona, johon tiedonantajien oli luontevaa osallistua. Tutkijoina pyrimme olemaan "samalla viivalla" tiedonantajien kanssa sekä välittämään tunteen, että olemme aidosti kiinnostuneita työskentelemään heidän kanssaan.

## **8.2 Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus**

Laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä luotettavuuden käsitteitä ovat muun muassa uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistuvuus. Uskottavuudessa tutkija tarkastelee, vastaavatko hänen tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyys toiseen asiayhteyteen on mahdollista vain tietyin ehdoin. Tutkimuksen varmuutta voidaan lisätä huomioimalla tutkimukseen vaikuttavat ennalta-arvaamattomat ennakkoehdot. Vahvistuvuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset saavat tukea muista vastaavista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 1998, 212 - 213.)



Tutkimus- ja kehittämistyön uskottavuutta lisäsi se, että toteutimme pienryhmätyöpajoissa lupaa-  
mamme yhteistulkintatyöpajan keväällä 2015. Poikkesimme alkuperäisestä suunnitelmasta ja esit-  
telimme tutkimus- ja kehittämistyön tulokset tiedonantajille puhelimitse, jotta pysyimme suunnitel-  
lussa aikataulussa tutkimus- ja kehittämistyön valmistumisen osalta. Koimme, että yhteistulkinta-  
työpajojen toteuttamiseen liittyi erilaisia haasteita. Tiedonantajat olivat eri paikkakunnilta, joten  
olimme epävarmoja, saammeko heidät samaan yhteistulkintatyöpajaan. Lisäksi pohdimme, olisiko  
eettisesti oikein kutsua kaikki tiedonantajat samaan yhteistulkintatyöpajaan, koska se olisi voinut  
heikentää tiedonantajien anonyymiutta. Mielestämme kahden pienryhmätyöpajan tiedonantajien  
yhdistäminen ei olisi eettisesti oikein, koska tiedonantaja oli vähän. Lisäksi pohdimme yhteistulkint-  
nan luotettavuutta, jos olisimme toteuttaneet yhteistulkinnan molemmilla paikkakunnilla erikseen.

Lähetimme kaikille tiedonantajille tekstiviestit, joissa kerroimme, että otamme heihin yhteyttä puhe-  
limitse ilmoitettuna ajankohtana. Lähetimme tekstiviestit puhelua edeltävänä päivänä, jolloin tie-  
donantajilla oli mahdollisuus harkita etukäteen, haluavatko he vastata puheluun ja antaa palautetta  
tuloksista. Tekstiviestissä ilmoitimme, että puhelun aikana heille esitellään tärkeimmät tulokset  
sekä mahdollisuudesta antaa palautetta onnistumisesta. Ilmoitimme tiedonantajille, että keskuste-  
lun aikana käytimme kaiutinta, joka mahdollisti meidän molempien osallistumisen puhelinkeskus-  
teluun. Puhelinkeskusteluista tulleiden palautteiden mahdollinen hyödyntäminen tutkimus- ja kehit-  
tämistyössä kerrottiin myös tiedonantajille.

Varasimme puhelinkeskustelua varten rauhallisen tilan, jossa kävimme keskustelut tiedonantajien  
kanssa. Valmistelimme etukäteen rungon puhelinkeskustelun etenemisestä sekä muistilistan kes-  
keisimmistä tuloksista, jotka kerroimme tiedonantajille. Keskustelu mahdollisti tiedonantajille asioi-  
den tarkentamisen ja lisäämisen sekä antoi tilaisuuden kertoa mielipiteensä tuloksista, mikä lisäsi  
tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuutta.

Puheluihin vastasi kolme tiedonantajaa, joilta saimme palautetta tuloksista. Tiedonantajat kokivat,  
että tulokset olivat oikeita ja kuvasivat heidän kokemuksiaan käyttämistään palveluista. Tiedonan-  
tajat kertoivat, että tuloksista oli nähtävillä heille tärkeät kehittämiskohteet, joihin he toivoivat rat-  
kaisuja. Tutkimus- ja kehittämistyön uskottavuutta lisäsi se, että tulkinnat vastasivat tiedonantajien  
käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä.

*“Tuttua omasta elämästä, kuulostaa tutulta.”*

*“Pääpointit kaikki tuli. Ongelmat on yhteisiä, vielä kun löytyis ratkaisut.”*

Tutkimus- ja kehittämistyön siirrettävyyden arviointiin ei mielestämme ole yksiselitteistä tulkintaa, koska tulokset eivät välttämättä ole siirrettävissä samanlaisiin tutkimustilanteisiin. Vaikka samanlaisiin tuloksiin voidaan päästä muidenkin paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla, mielestämme kokemusten siirrettävyys on mahdotonta, koska ne ovat aina yksilöllisiä.

Varmuus toteutui tutkimus- ja kehittämistyössä mielestämme hyvin, koska emme tutkijoina antaneet omien ennakkokäsitysten ja mielipiteiden vaikuttaa tuloksiin. Tiedonantajat saivat vapaasti kertoa kokemuksiaan heille itselleen tärkeistä aiheista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvistä asioista ilman meidän omia tulkintoja ja johdatteluja. Vertasimme tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin ja havaitsimme niissä yhdenmukaisuutta, joka lisäsi tutkimus- ja kehittämistyön vahvistuvuutta.

Tutkimus- ja kehittämistyön vähäisen osallistujamäärän vuoksi pohdimme, että heikentääkö tiedonantajien vähäinen määrä tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuutta. Aineiston analyysin jälkeen totesimme, että aineisto oli määrällisesti ja laadullisesti riittävää sekä siitä saatiin vastaukset kaikkiin tutkimustehtäviin. Kuitenkin havaitsimme, että aineistoa tulee täydentää vielä päihdeasiakkaan kokemuksilla, joten päädyimme jatkamaan aineistonkeruuta. Yrityksistä huolimatta päihdeasiakkaiden joukosta ei saatu yhtään tiedonantajaa mukaan tutkimus- ja kehittämistyöhön. Näinollen käsitelimme päihdeasiakkaan kokemuksia Lempiäisen (2008, viitattu 9.4.2015) tutkimuksen kautta, missä oli samankaltaisia tutkimustuloksia kuin meidän tutkimus- ja kehittämistyön tiedonantajien tuottamassa tiedossa. Täten päihdeasiakkaan mukaan saaminen tutkimus- ja kehittämistyöhön ei olisi tuottanut lisää uutta tietoa. Järvenpään (2006, viitattu 8.4.2015) mukaan aineiston riittävyttä voidaan arvioida aineiston saturaation avulla. Aineiston saturaatio eli kylläntyminen tarkoittaa tilannetta, jossa tiedonantajat eivät tuota tutkimustehtävien kannalta enää uutta tietoa.

Kokemuksemme mukaan tutkijoiden henkilökohtainen puhelinkeskustelu tiedonantajien kanssa ennen työpaja -työskentelyä saattoi lisätä osallistujien sitoutumista sekä halukkuutta osallistua. Puhelinkeskustelussa tiedonantajilla oli mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta sekä luoda kontakti tutkijoihin, joka mahdollisesti vaikutti niin, että tiedonantajat olivat motivoituneita ja saapuivat sovitusti pienryhmätyöpajaan. Emme tiedä, miksi osa lupautuneista tiedonantajista ei kuitenkaan

saapunut paikalle. Tiedonantajien poisjäämiseen oli mahdollisesti syynä tutkimus- ja kehittämistyön aiheen henkilökohtaisuus sekä arkaluontoisuus. Omien kokemusten kertominen pienryhmätyöpajassa voitiin kokea epämiellyttävänä ja pelottavana asiana.

Mielestämme tutkimuksessa käytettävä nimitys paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävä asiakas saattoi herättää negatiivisia ajatuksia tiedonantajien joukossa ja näin ollen vähentää tutkimushalukkuutta. Lisäksi pohdimme, olivatko tiedonantajat kuulleet aikaisemmin JYVÄ -hankkeesta sekä sen yhteyteen liitetystä suurkuluttaja -käsitteestä, joka saattoi osaltaan vähentää pienryhmätyöpajoihin osallistumista. Asiakkaiden mahdolliset huonot kokemukset asioimisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä tutkimus- ja kehittämistyön vaikuttavuuden epäily saattoivat myös osaltaan johtaa kieltäytymiseen. Asiakkaiden kielteisestä asennoitumisesta saimme suoraa palautetta terveyskeskuksen odotusaulassa, kun tiedustelimme, onko pienryhmätyöpajaan tulijoita. Odotusaulassa olevien asiakkaiden vastauksista tuli voimakkaasti esille negatiivinen suhtautuminen tutkimus- ja kehittämistyötä kohtaan.

Tutkimus- ja kehittämistyön aineistonkeruu tapahtui pienryhmätyöpajoissa CoCo Kosmos työkalua hyödyntäen. Pienryhmätyöpajojen vaihtoehtona pidimme yksilöhaastatteluja, jos pienryhmätyöpajoissa ei saatu vastauksia kaikkiin tutkimustehtäviin tai tarvittiin tarkennusta käsiteltyihin asioihin. Yksilöhaastattelua pidettiin vaihtoehtona myös, jos tiedonantaja niin toivoi. Tutkimus- ja kehittämistyötä tehdessämme pohdimme mahdollisuutta aineiston keräämiselle esim. hoitokäyntien yhteydessä tai lähettämällä kotiin kyselylomake. Kyselylomakkeella voitaisiin tavoittaa paremmin paljon sosiaali- ja terveydenhuollon käyttävät asiakkaat. Kyselylomakkeen etuna voisi olla, ettei tiedonantajien tarvitsisi kertoa asioistaan toisten kuullen. Pysyimme kuitenkin alkuperäisessä suunnitelmassa ja tutkimusaineisto kerättiin kokonaisuudessaan pienryhmätyöpajoissa.

Pienryhmätyöpajoissa toteutunut aineistonkeruu oli antoisaa ja tiedonantajat tuottivat runsaasti tutkimusaineistoa käyttöömme. Tiedonantajat kertoivat mielellään kokemuksistaan ja osallistuivat aktiivisesti työskentelyyn. Pienryhmätyöpajoissa oli hyvä ilmapiiri ja toimivat järjestelyt sekä riittävästi aikaa, mitkä edesauttoivat onnistunutta aineistonkeruuta. Pienryhmätyöpajojen jälkeen kaikki tiedonantajat antoivat luvan, että heihin voidaan olla yhteydessä myöhemmin, jos tarvitaan lisätietoja tai tarkennusta asioihin.

Aikaisempien opintojen myötä olimme saaneet kokemusta haastattelun sekä ryhmähaastattelun käyttämisestä aineistonkeruumenetelminä. Pienryhmätyöpaja -työskentely sekä CoCo Kosmos olivat meille uusia ja haasteellisia aineistonkeruumenetelmiä, joiden soveltuvuutta tutkimukseen pohdimme ohjaavien opettajien kanssa. Pohdimme myös ryhmätilanteen hyötyjä ja haittoja, joita vertasimme yksilötilanteen hyötyihin ja haittoihin.

Aikataulullisesti tämä tutkimus- ja kehittämistyö toteutettiin aikavälillä 14.2.2014 - 10.5.2015. Tutkimus- ja kehittämistyön aikataulu osoittautui onnistuneeksi, jossa pysyttiin koko tutkimusprosessin ajan. Asetettu aikataulu mahdollisti sen, että suurin osa tutkimus- ja kehittämistyön vaiheista pystyttiin tekemään työn ja muiden opiskelutehtävien rinnalla. Tuomi & Sarajärven (2004, 139) mukaan laadullisen tutkimuksen perusvaatimus on yhä se, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimusta.

### **8.3 Omat oppimiskokemukset tutkimus- ja kehittämistyöstä**

Tutkimus- ja kehittämistyön tekeminen osoittautui erittäin mielenkiintoiseksi ja samalla haastavaksi tehtäväksi, josta saimme paljon hyödyllisiä oppimiskokemuksia. Saimme mahdollisuuden tehdä tutkimus- ja kehittämistyön JYVÄ- hankkeessa, jossa pääsimme tutustumaan aivan ”omanlaiseen tutkimusmaailmaan”. Tutkimus- ja kehittämistyön aihe ei liittynyt meidän kummankaan työhön tai aikaisempiin kokemuksiin, joten lähdimme mukaan sillä ajatuksella, että saamme mahdollisimman paljon uusia oppimiskokemuksia. Koimme, että JYVÄ -hankkeeseen osallistuminen toi tutkimus- ja kehittämistyön tekemiselle tärkeän merkityksen, jonka vuoksi koimme tekevämme hyödyllistä työtä osana isoa hanketta.

Tutkimus- ja kehittämistyön tekeminen toi tullessaan paljon haasteita, joista selviytyminen on vaatinut meiltä molemmilta asioiden organisoimista, ajankäytön tarkkaa suunnittelua sekä stressinsietokyvyn kehittämistä. Omat haasteensa tutkimus- ja kehittämistyön tekemiselle toivat muun muassa työn, perheen ja opintojen yhteensovittaminen, joka kehitti meidän kykyä joustaa ja sovitella asioita tilanteiden mukaan. Epätietoisuuden ja keskeneräisyyden sietäminen sekä ajoittaisen kaoksen hallinta olivat vaativia tilanteita, joista saimme myös osaltaan oppia tulevaisuuden haasteita varten. Keskinäinen työskentely vaati molemmilta osapuolilta sitoutumista, vastuuta sekä saumatonta yhteistyötä entuudestaan tuntemattoman henkilön kanssa. Onneksemme meidän väliset suhteet toimivat loistavasti koko prosessin ajan ja löysimme nopeasti yhteiset pelisäännöt sekä työskentelytavan sekä saimme toisistamme hyvän ystävän.

Tutkimus- ja kehittämistyön tekeminen edellytti kirjallisuuteen ja erilaisiin tietolähteisiin perehtymistä, joka kehitti meidän valmiutta tiedonhakuun. Tutkimus- ja kehittämistyön koimme kehittävän myös järjestelmällistä työskentelyä ja loogista ajattelua, jota pystymme hyödyntämään haasteellisessa työelämässä. Tutkimus- ja kehittämistyön kautta saimme uusia ulottuvuuksia ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen, joka oli merkittävä oppimiskokemus molemmille. Tutkimus- ja kehittämistyössä käytimme molemmille uusia aineistonkeruumenetelmiä sekä perehdyimme asiakasläh- töisten palvelujen kehittämiseen palvelumuotoilun keinoin. Tärkeä ja haastava oppimiskokemus oli raportin kirjoittaminen, joka kehitti meidän taitoa kirjoittaa asiatekstiä äidinkielellisesti oikein. Omat haasteensa toi unohduksissa oleva kielitaito, joka tuotti kovasti työtä kansainvälisen kirjallisuuden parissa. Tutkimus- ja kehittämistyön tekeminen vaati lisäksi uuden tietotekniikan opettelemista sekä erilaisten laitteiden kuten videokameran ja nauhurin käyttöön perehtymistä.

Tutkimus- ja kehittämistyön vaiheissa tapasimme paljon ihmisiä eri yhteyksissä, joka kehitti meidän yhteistyö- ja kommunikointitaitoja. JYVÄ -hankkeen työpajatapaaminen ja siellä tapahtuva työskentely oli hieno oppimistilanne, jossa saimme mahdollisuuden olla mukana. Koimme, että tutkimus- ja kehittämistyön tekeminen JYVÄ -hankkeessa oli molemmin puolin hyödyllistä, joka teki työskentelystä mielenkiintoista ja mukaansatempaavaa. Esiintymistaitojen kehittyminen oli molemmille tärkeä oppimiskokemus, mitä saimme osaksemme eri tilaisuuksissa tutkimustyön edetessä. Itsensä haastaminen ja epämurkavuusalueella työskentely toivat positiivisia onnistumisen kokemuksia ja uskoa omiin taitoihin ja kykyihin. Kokonaisuudessaan tutkimus- ja kehittämistyön tekeminen oli antoisinta koko ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamisessa, koska olemme tämän prosessin aikana nähneet ja kokeneet niin monia erilaisia oppimistilanteita.

#### **8.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotoimenpide-ehdotukset**

Tutkimus- ja kehittämistyön tietoperustana oleva terveyshyötymalli jäi raportoinnissa osittain irralliseksi, koska emme tutkineet paljon palveluja käyttävän asiakkaan kokemia terveyshyötyjä. Tietoperustassa mainitut terveyshyötymalliin kuuluvat elementit tulivat mielestämme näkyviin tutkimus- ja kehittämistyössä. Asiakkaan saama terveyshyöty voisi mielestämme tulla esille, kun paljon palveluja käyttävän asiakkaan palvelujen kehittämistarpeet huomioitaisiin paljon palveluja käyttävän asiakkaan palvelujen suunnittelussa. Mielestämme tämä olisi erittäin mielenkiintoinen, ajankohtainen ja hyödyllinen jatkotutkimusaihe.

Tutkimus- ja kehittämistyössä syntyneitä tuloksia voidaan hyödyntää JYVÄ -hankkeessa uusien palvelumallien kehittämisessä. Tulevaisuudessa uusien palvelumallien kautta voidaan kehittää paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävän asiakkaan saamia palveluja Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa. Näin ollen tutkimus- ja kehittämistyön hyöty tulee olemaan konkreettinen ja merkittävä asiakkaiden, ammattihenkilöiden sekä yhteiskunnan näkökulmasta.

Tutkimus- ja kehittämistyössä tuotettua asiakkaan kokemuksellista tietoa voidaan hyödyntää asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisen lähtökohtana. Asiakas- ja käyttäjälähtöinen palvelujen kehittäminen on usein esillä mediassa sekä sisältyy monen suomalaisen kaupungin strategiaan, joka osaltaan viittaa tutkittavan aiheen ajankohtaisuuteen.

Pääsimme osallistumaan JYVÄ -hankkeen työpajaan, jossa muodostettiin paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävien asiakkaiden käyttäjäprofiilit. Käyttäjäprofiilit syntyivät JYVÄ -hankkeen eri osa-hankkeissa kerättyjen aineistojen perusteella. Tutkimus- ja kehittämistyön tulosten pohjalta muodostui kaksi käyttäjäprofiilia. JYVÄ -hankkeessa tapahtuva käyttäjäprofiilien kehittämisen jatkotyöskentely toteutuu kesäkuussa 2015. Jatkotyöskentelyn tavoitteena on muodostaa yhteensä kuusi käyttäjäprofiilia sekä 30 ideaa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden paremman hoidon kehittämiseen. Lisäksi tavoitteena on neljän konseptin kehittäminen, jotka esiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille. Tutkimus- ja kehittämistyö valmistui ennen edellä mainittua työpajaa, joten siellä syntyneet tuotokset jäivät pois tästä työstä.

Osallistuimme Hyvinvointipäiville Oulun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä marraskuussa 2014, missä esittelimme tutkimus- ja kehittämistyötä muun muassa sosiaali- ja terveystieteiden yrityksille, julkisen ja kolmannen sektorin toimijoille sekä Oulun ammattikorkeakoulun asiantuntijoille ja opiskelijoille. Syksyllä 2015 osallistumme Oulussa pidettäviin Hoitotiede – päiviin, jonne laadimme posterin tutkimus- ja kehittämistyön tuloksista. Tämä osaltaan lisää osaltaan tutkimus- ja kehittämistyön tunnettavuutta ja vaikuttavuutta.

## LÄHTEET

Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. 2003. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 7(1), 73-82.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Coleman, K., Austin, B., Brach, C. & Wagner, E. 2009. Evidence on the chronic care model in the new millenium. *Health affairs*. Viitattu 30.5.2014, <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full>.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy, 26 - 44.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Tammi.

Hitchcock, P., Lanham, H., Palmer, R., Leykum, L. & Parchman M. 2013. The importance of relational coordination and reciprocal learning for chronic illness care within primary care teams. *US national library of medicine. National institutes of health*. Viitattu 30.5.2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383880/>.

Holmberg-Marttila, D., Jääskeläinen, J., Niskanen, T. & Mattila, K. 2003. Terveyspalveluita paljon käyttävät muita tyytyväisempiä perusterveydenhuollon palveluihin. *Kunnallislääkäri* 7/2003 vsk 18. Viitattu 28.5.2014, <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl72003/terveyspalveluita.pdf>.

Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. *Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2014*: 33.

Hämäläinen, K., Vilkkä, H. & Miettinen, S. 2011. Asiakasymmärryksen ja käyttäjätiedon hankkiminen. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu – Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Tammerprint Oy, 61-71.

JYVÄ 2015. Julkisen ja yksityisen yhteistyö -vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveyspalveluiden arvoverkostoissa. Viitattu 7.2.2015, <http://jyvahanke.com/> .

Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Tuotantotalouden opisto. Helsingin yliopisto. Viitattu 8.4.2015, <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf> .

Kallio peruspalvelukuntayhtymä 2015. Viitattu 6.5.2015, <http://www.kalliopp.fi> .

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanste, O., Timonen, O., Ylitalo, K. & Leppälä, A. 2009. Oma palveluohjaaja monisairaana tukena. Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidaja-lehti 2/2009. Viitattu 28.5.2014, [https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/2\\_2009/muut\\_artikkelit/oma\\_palveluohjaaja\\_monisairaana\\_t/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/2_2009/muut_artikkelit/oma_palveluohjaaja_monisairaana_t/) .

Kanula, S. 2012. Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen - Asiakas osallisena palvelujärjestelmässä. Suuntaaja 2/2012. Viitattu 28.5.2014, [www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Suuntaaja2\\_2012.pdf](http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Suuntaaja2_2012.pdf) .

Kivelä, K. 2014. Kuvaus paljon terveyspalveluita käyttävien ikäihmisten terveyspalveluiden käytöstä. Oulun kaupunki.

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikku-noita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: WS Bookwell Oy, 68-84.

Koskela, T-H. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 425. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.



Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99, 3-12.

Lempiäinen, S. 2008. Asiakkaana päihdepalvelujärjestelmässä. Lahtelaisten asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. Viitattu 9.4.2015, [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Jarvenpaa2008/b63ed0\\_Lempiinen\\_2008.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Jarvenpaa2008/b63ed0_Lempiinen_2008.pdf) .

Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveystalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 48/2013 vsk 68.

Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu – Yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu – Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Tammerprint Oy, 20-41.

Miettinen, S., Kalliomäki, A. & Ruuska, J. 2011. Palvelun konseptointi. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu – Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Tammerprint Oy, 105-117.

Miettinen, S., Raulo, M. & Ruuska, J. 2011. Johdanto. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu – Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Tammerprint Oy, 12-17.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2008. Toimiva terveyskeskus - Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Oulun kaupunki 2014. Viitattu 19.5.2014, [http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/ajan-kohtaista/-/asset\\_publisher/2fVr/content/id/2266497](http://www.ouka.fi/oulu/sosiaali-ja-perhepalvelut/ajan-kohtaista/-/asset_publisher/2fVr/content/id/2266497) .

Pakkala, E. 2013. Suurkuluttajat kuormittavat lääkäreitä eniten. Viitattu 28.5.2014, <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/suurkuluttajat+kuormittavat+laakareita+eniten/a904040> .

Potku2 2015. Viitattu 5.4.2015, <http://www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli> .

Ruohio, H.-R. 2014. Markkinoinnin suunnittelu yhteiskehittämisen työvälineelle - Case CoCo Tool Kit. Laurea ammattikorkeakoulu. Leppävaara. Opinnäytetyö. Viitattu 19.4.2014, [https://docs.google.com/viewer?url=https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/72703/Ruohio\\_Henna-Riikka.pdf?sequence=1](https://docs.google.com/viewer?url=https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/72703/Ruohio_Henna-Riikka.pdf?sequence=1) .

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu- tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sanastokeskus TSK ry 2015. Viitattu 6.4.2015, <http://www.tsk.fi/cgi-bin/net-mot.exe?UI=figr&height=156&qfind=asiakas> .

Stenvall, J & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistaminen. Kehittämismallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: Tietosanoma Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2013. JYVÄ Julkisen ja yksityisen yhteistyö - vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveystalveluiden arvoverkostoissa 23.9.2013.

Tutkimussuunnitelma JYVÄ 2014. JYVÄ Julkisen ja yksityisen yhteistyö - vaikuttavat toimintamallit sosiaali- ja terveystalveluiden arvoverkostoissa 7.2.2014.

Vaajakallio, K. & Mettelmäki, T. 2011. Yhteissuunnittelu ja palveluiden ideointi. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu – Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Kuopio: Tammerprint Oy, 77-93.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Viitattu 28.5.2014, [www.google.fi/webhp?source=search\\_app&qfe\\_rd=cr&ei=QlxiU6-eE63S4QTRp4CQCA#q=matkaopas+pd](http://www.google.fi/webhp?source=search_app&qfe_rd=cr&ei=QlxiU6-eE63S4QTRp4CQCA#q=matkaopas+pd) .

Vuorela, S. (2005) Haastattelumenetelmät. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät, 37-52. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-

1. Viitattu 8.6.2014, [https://docs.google.com/viewer?url=http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96627/kayttavyystutkimuksen\\_menetelmat\\_2005.pdf?sequence=1](https://docs.google.com/viewer?url=http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96627/kayttavyystutkimuksen_menetelmat_2005.pdf?sequence=1) .

Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer J., Von Korff, M. & Austin, B. 1999. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?. National Center for Biotechnology Information. Viitattu 7.5.2015, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10620960> .

## Tiedote tutkimukseen osallistumisesta

Julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistyötä ei ole hyödynnetty riittävästi sosiaali- ja terveyspalveluissa (So-Te). Toimijoiden tavoitteet eivät kohtaa tai ne palvelevat päällekkäin samoja asiakkaita. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden lisäämiseksi tarvitaan julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistyötä.

JYVÄ- tutkimushankkeessa on tarkoitus löytää keinoja, joilla taataan kuntalaisille parempi pääsy palveluihin ja kehitetään SoTe -palveluyrityksille uutta liiketoimintaa julkisen sektorin kumppanina.

Hankkeeseen osallistuvat Aalto-yliopiston, Oulun yliopiston ja Oulun ammattikorkeakoulun lisäksi Peruspalvelukuntayhtymä Kallio, Espoon ja Tampereen kaupungit, Oulu Centre for Health and Technology ja yksityiset SoTe -yritykset Doctacon, Megaklinikka, Omasairaala ja Laastari Lähiklinikka.

Asiakkaiden / palveluiden käyttäjien kuuleminen on keskeinen asia palveluja kehitettäessä, siksi osallistumiseen tutkimukseen on erittäin tärkeää. Tässä JYVÄ -hankkeen tutkimusosiossa on tarkoituksena kuvailla asiakkaiden arkea ja kokemuksia käyttämistään sosiaali- ja terveyspalveluista (SoTe) Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella.

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alueella asiakkaiden / palvelujen käyttäjien haastatteluja ja muuta aineistonkeruuta tekevät OAMK:n opiskelijat Minna Sumukari ja Johanna Savilampi osana master -tutkinnon opinnäytetyötään. Hankkeessa syntyy lisäksi väitöskirjoja, muita tieteellisiä julkaisuja ja lehtikirjoituksia. Haastateltavien henkilöllisyyttä ei paljasteta tutkimuksen missään vaiheessa.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat:

Antti Peltokorpi  
TkT, tutkimusjohtaja  
Aalto yliopisto

Maija Alahuhta  
TtT, lehtori  
OAMK

Eija Niemelä  
TtT, yliopettaja  
OAMK

Kiitos osallistumisestanne !

SUOSTUMUSASIAKIRJA JYVÄ -tutkimushankkeeseen  
Peruspalvelukuntayhtymä Kallio

OAMK opiskelijat: Savilampi Johanna ja Sumukari Minna

## PALJON PALVELUA KÄYTTÄVÄN ASIAKKAAN KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISTA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Annan tutkijoille luvan tarvittaessa olla yhteydessä minuun puhelimitse num. \_\_\_\_\_

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja, että minulla on oikeus kieltäytyä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Ryhmätilanne videoidaan ja nauhoitetaan aineiston myöhempää käsittelemistä varten. Työpajassa syntyneitä tuloksia voidaan esitellä tutkimukseen liittyvissä tilaisuuksissa.

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

-----

-----

Henkilön allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

-----

-----

Nimenselvennys

Nimenselvennys

-----

-----

Aika ja paikka

Aika ja paikka

-----

-----

Osallistujan kotikunta

-----